

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
Especialização em Saúde da Família  
Modalidade a Distância  
Turma 9**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da atenção à saúde dos portadores de HAS e/ou DM na UBS Isidório  
Pereira, Baixa Grande do Ribeiro/PI**

**Oneyda Rojas Castillo**

**Pelotas, 2016**

**Oneyda Rojas Castillo**

**Melhoria da atenção à saúde dos portadores de HAS e/ou DM na UBS Isidório  
Pereira, Baixa Grande do Ribeiro/PI**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
ao Curso de Especialização em Saúde da  
Família EaD da Universidade Federal de  
Pelotas em parceria com a Universidade Aberta  
do SUS, como requisito parcial à obtenção do  
título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Ailton Gomes Brant

Pelotas, 2016

Universidade Federal de Pelotas / DMS  
Catalogação na Publicação

C352m Castillo, Oneyda Rojas

Melhoria da Atenção à Saúde dos Portadores de HAS e/ou DM na  
UBS Isidório Pereira, Baixa Grande do Ribeiro/PI / Oneyda Rojas  
Castillo; Ailton Gomes Brant, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2016.

76 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da  
Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de  
Pelotas, 2016.

1. Saúde da Família 2. Atenção Primária à Saúde 3. Doença  
Crônica 4. Diabetes Mellitus 5. Hipertensão I. Brant, Ailton Gomes,  
orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

## **Agradecimentos**

Agradeço, em primeiro lugar, à minha família e ao meu esposo pelo apoio dado a todo o momento, mesmo diante da distância.

À equipe de trabalho da Unidade Básica de Saúde Isidorio Pereira, pois sem eles não seria possível a realização da intervenção.

Aos meus orientadores, Helen Pereira Rocha e Ailton Gomes Brant, pela dedicação e apoio constantes.

## Resumo

CASTILLO, Oneyda Rojas. **Melhoria da atenção à saúde dos portadores de HAS e/ou DM na UBS Isidorio Pereira, Baixa Grande do Ribeiro/PI.** 2016. 75f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2016.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) e a Diabetes Mellitus (DM) são doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) muito frequentes na população e podem ser consideradas como o principal fator de risco para as complicações cardiovasculares. A prevalência da HAS no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos, chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos. Já em relação à DM, a sua prevalência nos países da América Central e do Sul foi estimada em 26,4 milhões de pessoas. Pensando nisso, foi realizada uma intervenção na ação programática destinada aos usuários portadores de HAS e/ou DM da Unidade Básica de Saúde Isidorio Pereira, durante 12 semanas, cujo objetivo geral foi melhorar a atenção à saúde das pessoas com HAS e/ou DM na UBS Isidorio Pereira, Baixa Grande do Ribeiro, Piauí. As ações realizadas na intervenção foram baseadas nos Cadernos de Atenção Básica sobre Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde (MS), 2013. Para alcançar os objetivos propostos foram estabelecidas ações em quatro eixos pedagógicos: organização e gestão do serviço, engajamento público, qualificação da prática clínica e monitoramento e avaliação. Como registros específicos utilizou-se a planilha de coleta de dados e a ficha espelho disponibilizadas pelo Curso de Especialização em Saúde da Família da UFPel. Como resultados, obtivemos 54,1% de cobertura para hipertensos (145) e 39,3% para diabéticos (42); 100% dos hipertensos e dos diabéticos estão com exames complementares em dia. Quanto à avaliação da necessidade de atendimento odontológico todos os participantes da intervenção ficaram com esta avaliação em dia. Além disso, atualizamos os registros e realizamos busca ativa aos usuários faltosos. Para a comunidade, a intervenção foi muito produtiva, uma vez que muitos usuários puderam receber informações sobre estas patologias, como: características de cada doença, complicações e prevenção, conheceram os direitos em relação à manutenção dos seus registros de saúde e acesso à segunda via destes documentos. Enfim, a intervenção proporcionou o aperfeiçoamento do serviço ofertado e dos indicadores de saúde, gerando grande melhoria tanto no atendimento ao usuário, quanto nas atividades desenvolvidas na UBS e na relação interpessoal dos funcionários da equipe.

**Palavras-chave:** atenção primária à saúde; saúde da família; doença crônica; diabetes mellitus; hipertensão.

## Lista de Figuras

Figura 1-	Localização Geográfica do Município de Baixa Grande do Ribeiro – PI.....	11
Figura 2-	Fotografia da realização de aferição da pressão arterial em participante da intervenção.....	48
Figura 3-	Fotografia da técnica de Enfermagem realizando busca ativa de usuária faltosa.....	49
Figura 4-	Fotografia da avaliação do trabalho da semana e almoço com a equipe.....	51
Figura 5-	Gráfico indicativo da Cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica na UBS.....	53
Figura 6-	Gráfico indicativo da Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.....	54
Figura 7-	Gráfico indicativo da Proporção de Hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo.....	56
Figura 8-	Gráfico indicativo da Proporção de Hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.....	57

### **Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos**

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária a Saúde
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
DCNT	Doenças Crônicas não transmissíveis
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informações da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do SUS

## Sumário

Apresentação .....	8
1      Análise Situacional .....	9
1.1    Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	9
1.2    Relatório da Análise Situacional .....	10
1.3    Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	18
2      Análise Estratégica .....	19
2.1    Justificativa .....	19
2.2    Objetivos e metas .....	19
2.2.1    Objetivo geral .....	20
2.2.2    Objetivos específicos e metas .....	20
2.3    Metodologia .....	20
2.3.1    Detalhamento das ações .....	23
2.3.2    Indicadores .....	35
2.3.3    Logística .....	42
2.3.4    Cronograma.....	46
3      Relatório da Intervenção.....	47
3.1    Ações previstas e desenvolvidas.....	47
3.2    Ações previstas e não desenvolvidas.....	52
3.3    Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados .....	52
3.4    Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços .....	52
4      Avaliação da intervenção.....	53
4.1    Resultados.....	53
4.2    Discussão .....	61
5      Relatório da intervenção para gestores .....	64
6      Relatório da Intervenção para a comunidade .....	66
7      Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	68
Referências .....	70
Anexos .....	71
Anexo A – Documento do Comitê de Ética.....	72
Anexo B – Planilha de coleta de dados .....	73
Anexo C - Ficha-espelho .....	74
Anexo D - Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias...	75



## **Apresentação**

O presente volume trata do trabalho de conclusão do curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade à distância, da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNASUS) / Universidade Federal de Pelotas (UFPel), sendo o resultado das atividades que foram desenvolvidas durante as unidades de ensino que integram o projeto pedagógico do curso.

O trabalho foi constituído por uma intervenção em campo realizada na Unidade Básica de Saúde (UBS) Isidorio Pereira, situada no Município de Baixa Grande do Ribeiro/PI. O objetivo geral deste buscou a melhoria da qualidade da atenção aos diabéticos e/ou hipertensos da área.

O volume está organizado em sete unidades de trabalho, construídas de maneira independente entre si, mas sequenciais e interligadas. Na primeira parte observamos a análise situacional desenvolvida na unidade um do curso. Na segunda parte é apresentada a análise estratégica por meio da construção de um projeto de intervenção que ocorreu ao longo da unidade dois. A terceira parte apresenta o relatório da intervenção realizada ao longo de 12 semanas, durante a unidade três do curso. Na quarta seção encontra-se a avaliação dos resultados da intervenção, com os gráficos correspondentes aos indicadores de saúde, construídos ao longo da unidade quatro. A quinta e a sexta partes são referentes, respectivamente, aos relatórios desenvolvidos para serem apresentados aos gestores e à comunidade. A proposta é dar um feedback às partes que se engajaram no projeto, prestando contas do que foi alcançado de avanço e do que ainda pode ser alcançado com a continuidade do programa. Na sétima e última parte está a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no decorrer do curso e da implementação da intervenção. Finalizando o volume, estão os anexos utilizados durante a realização desta intervenção.

## **1 Análise Situacional**

### **1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS**

Atuo na UBS Isidorio Pereira, município de Baixa Grande do Ribeiro/PI, a qual tem uma população total de 1879 pessoas, das quais 881 são do sexo masculino e 998 do sexo feminino. Na faixa etária de menores de 20 anos encontramos 397 pessoas, entre 20-59 encontram-se 997 pessoas e com mais de 60 anos 485 pessoas, entretanto, existem pessoas na área que ainda não foram cadastradas, ou seja, não possuímos 100% da área coberta.

A equipe desta UBS é formada por médica, enfermeiro, técnica de enfermagem, odontólogo, técnica de saúde bucal, quatro Agentes Comunitários de Saúde (ACS), recepcionista e duas auxiliares de limpeza. Durante quatro dias na semana minha equipe fica numa UBS na zona urbana, a qual possui outra equipe e, um dia por semana, vamos para uma UBS que fica na zona rural do município para atender algumas microáreas mais distantes. A unidade que fica na zona rural do município é um local adaptado com as condições mínimas de atendimento: consultório médico, consultório de enfermagem, consultório odontológico, recepção pequena e banheiro (para usuários e profissionais). Mas está em construção outra unidade com melhores condições de trabalho. Já a UBS da zona urbana possui melhor estrutura física: dois consultórios médicos, dois consultórios de enfermagem, sala de vacina, consultório odontológico, sala de esterilização, sala de reuniões, recepção ampla, farmácia, sala de nebulização, sala de observação, cozinha, dois banheiros para usuários e um para os profissionais.

O trabalho para nossa equipe é um pouco difícil, pois acredito que para melhor atendimento aos usuários, os profissionais devem ficar na comunidade todos os dias da semana. Na zona rural, as consultas são sempre por demanda espontânea, já que acontecem apenas uma vez por semana, o que faz com que o

atendimento não tenha a qualidade exigida; as visitas domiciliares são feitas depois do atendimento na unidade e as palestras são feitas sempre antes de começarmos as consultas dentro da UBS. Mas, com todas essas dificuldades, a população ainda está muito satisfeita com nosso trabalho, pois sempre atendemos todos os usuários que procuram o nosso serviço. Contamos com o apoio de uma escola, na qual, uma vez por mês, a equipe faz palestras educativas e atividades de prevenção e promoção à saúde com as crianças.

Nos registros da UBS, existem 268 pessoas, acima de 15 anos de idade, com HAS e 107 usuários com DM. Os cálculos realizados foram baseados em informações retiradas do Sistema de Informações na Atenção Básica (SIAB). Estes dados não expressam a realidade atual porque os dados são oriundos de uma população parcialmente cadastrada.

No caso dos usuários com Hanseníase e Tuberculose os mesmos são diagnosticados na unidade e encaminhados para um serviço especializado. Neste momento em nossa área não temos portadores de Hanseníase e Tuberculose, tampouco de Leishmaniose.

Na saúde Materna-Infantil posso falar que não temos óbitos em crianças menores de um ano até este momento. A proporção das crianças com até um ano com esquema de vacina completo é de 100% e as gestantes que tiveram sete ou mais consultas de pré-natal é de um 97%.

As principais causas do internamento hospitalar de pessoas maiores de 60 anos são as complicações das doenças crônicas e as infecções respiratórias agudas complicadas. Nós estamos comprometidos com nossa comunidade para melhorar a qualidade de vida de nossa população

## **1.2 Relatório da Análise Situacional**

O Município de Baixa Grande do Ribeiro está localizado no interior do Estado do Piauí. Ocupa uma área de 7.808.927 Km<sup>2</sup>. Segundo informações do IBGE (2010) apresenta uma população de 10.516 habitantes, dos quais 5.468 são homens e 5.048 são mulheres. A população estimada em 2015 era de 11.218 pessoas e a Figura 1 representa a localização geográfica deste município (IBGE, 2010).

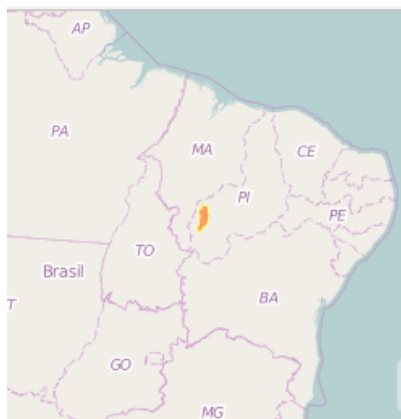


Figura 1: Localização Geográfica do Município de Baixa Grande do Ribeiro - PI.  
Fonte: IBGE: Censo Demográfico, 2010.

Em relação ao Sistema Municipal de Saúde, na Atenção Primária à Saúde (APS) a população do município dispõe de cinco Unidades Básicas de Saúde (UBS) com equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF). Existem duas UBS tradicionais, inauguradas recentemente. Contamos com um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), integrado por Psicólogo, Nutricionista, Fonoaudiólogo e Fisioterapeuta, os quais apoiam nosso trabalho. Infelizmente, não existem muitos especialistas em nosso município, só um dermatologista que faz consulta uma vez ao mês, assim, os usuários precisam ser encaminhados para outros municípios, de acordo com as disponibilidades do SUS, as quais são muito escassas para a demanda existente no município.

O município possui um hospital que não tem as condições requeridas, onde são realizados os exames complementares básicos todos os dias, de segunda a sexta-feira, e os demais (ureia, creatinina, ácido úrico, estudos hepáticos), bem como a realização de Ultrassom e raio x são feitos numa clínica particular. Nos finais de semana, só se realizam exames de urgência, os complementares de alta complexidade são feitos na capital do estado, o que representa um grande problema para a população, já que é muito longe e, na maioria das vezes, os usuários se negam a viajar. Não temos disponibilidade do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO).

A UBS na qual atuo chama-se Isidorio Pereira, o modelo de atenção é a ESF e a mesma é formada por duas equipes, uma delas formada por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, quatro agentes comunitários de saúde (ACS), um odontólogo, um técnico de saúde bucal, uma recepcionista e dois auxiliares de limpeza (equipe da zona rural) e a outra equipe possui um médico, uma

enfermeira, dois técnicos de enfermagem e quatro agentes comunitários, uma recepcionista e dois auxiliares de limpeza. A população total da minha equipe é de 1879 pessoas, das quais 881 são do sexo masculino e 998 do sexo feminino. Na faixa etária de menores de 20 anos encontramos 397 pessoas, entre 20-59 encontram-se 997 pessoas e com mais de 60 anos 485 pessoas, entretanto, existem pessoas na área que ainda não foram cadastradas, ou seja, não possuímos 100% da área coberta.

A UBS da zona rural conta com uma recepção, que fica junto com a sala de espera onde os usuários aguardam as diferentes consultas, sendo muito pequena, um consultório de odontologia, um consultório de enfermagem, um consultório médico, um banheiro e uma cozinha. Não temos sala de esterilização e os materiais da odontologia são esterilizados no próprio consultório em autoclave. Também não contamos com sala de arquivos, os prontuários ficam na sala de espera (cumprem com os requisitos, mas faltam mais armários para organização dos mesmos e dos novos). Não temos sala de vacinas, por isso, os usuários são encaminhados para a UBS da cidade que fica a mais de 30 quilômetros, pois apenas nesta UBS existe sala de vacinas que atende toda a população do município. As reuniões são feitas na sala de espera, já que não temos sala para reunião, não temos sala de procedimentos, tampouco temos um lugar para depósitos de resíduos sólidos, nem para colocar os materiais da limpeza. Não temos farmácia, nem sala para coleta de exames.

Apesar das dificuldades, os usuários são organizados de modo que o fluxo não afeta o atendimento, assim, os procedimentos e ações que não são feitas na unidade são encaminhadas para outra localidade. Além das dificuldades descritas e do esforço que a equipe faz para um melhor atendimento, cada dia existem queixas por parte dos usuários, mas os limitantes que interferem no trabalho com a comunidade estão perto de serem resolvidos, pois já se está concluindo a construção de uma nova unidade no interior com as condições necessárias para um melhor atendimento.

A UBS da cidade conta com dois consultórios médicos, duas salas para enfermagem, sala para odontologia, sala de nebulização, sala de observação, sala de vacina, farmácia, recepção, sala de reuniões, sala de expurgo, sala de esterilização, cozinha e três banheiros (dois para usuários e um para os profissionais).

Nós não trabalhamos apenas dentro da UBS, também fazemos atendimentos nas casas dos usuários que não podem comparecer às consultas na unidade, vamos às escolas ou em outros locais que precisem de nossa assistência. Ainda faltam muitos usuários para serem visitados, mas estamos fazendo o possível para que todos fiquem satisfeitos com o nosso trabalho, pois não podemos planejar as visitas domiciliares já que só trabalhamos uma vez por semana no interior e a demanda da UBS, às vezes, não permite visitar mais do que três ou quatro casas, por isso já foi combinado com a secretaria para disponibilizar um carro outro dia da semana apenas para fazer essas visitas planejadas. Na UBS não temos condições para fazer pequenas cirurgias (pois não contamos com os materiais necessários como: fios para suturas, tesouras, anestésicos), mas esta problemática já foi discutida com a Secretaria e acredito que conseguiremos resolver este problema em breve. Também não fazemos atendimentos de urgência e emergência, pois tampouco contamos com o equipamento preciso nem com os medicamentos, assim, os usuários têm que ser encaminhados para o hospital da cidade.

Quando os usuários não comparecem às consultas agendadas, os ACS realizam visita domiciliar para busca ativa. São utilizados protocolos quando se encaminham usuários para outro nível do sistema de saúde, seja para o atendimento com as especialidades, internação hospitalar, atendimentos em serviços de pronto atendimento ou atendimento em pronto-socorro, sempre respeitando fluxos de referência e contrarreferência para um melhor atendimento e avaliação.

Acompanhamos o plano terapêutico do usuário que é encaminhado para outros níveis e também fazemos acompanhamento dos usuários em situações de internação domiciliar. A médica e o enfermeiro são os encarregados de fazer notificações compulsórias de doenças e agravos notificáveis. Estas doenças muitas vezes são detectadas na comunidade durante as visitas domiciliares feitas pelos agentes de saúde ou pela médica, pelo enfermeiro e pela técnica de enfermagem.

Temos programado a cada semana atividades diversas de grupo, seja com as grávidas, as mães que fazem aleitamento materno, os adolescentes, os usuários com doenças crônicas, as mães de crianças (puericultura), ou realizamos palestras com temas de importância para todos os usuários, como combate ao tabagismo, as drogas e outros. Nestas atividades participam todos os integrantes da equipe,

incluindo o NASF, em algumas ocasiões. Participamos também de atividades de qualificação profissional promovidas pela Secretaria Estadual de Saúde.

O acolhimento é uma prática que tem que estar presente em todas as relações de cuidado, em todos os encontros entre nós como profissionais da saúde e os usuários. Na UBS, a maioria dos atendimentos é feito por demanda espontânea, pois só trabalhamos uma vez por semana nessa comunidade, sempre tratando de perceber as peculiaridades de cada situação que se apresenta, buscando gerenciar os tipos de recursos e tecnologias que ajudem melhorar e prolongar a vida, evitar ou reduzir danos, enfim, melhorar as condições de vida. A demanda apresentada pelo usuário é acolhida por todos os integrantes da equipe (recepcionista, enfermeiros, médicos, técnicos de enfermagem, odontólogo, técnico de saúde bucal e até pela auxiliar da limpeza), a mesma é escutada, problematizada e reconhecida, já que grande parte das demandas que chegam à unidade pode ser acolhida e resolvida na atenção básica.

Em relação à saúde da criança, as consultas de puericultura de 0 a 72 meses são feitas de acordo com o Protocolo do Ministério da Saúde, são registradas no prontuário especial de puericultura, o que permitiu o preenchimento no caderno de ações programáticas (CAP). A cobertura de puericultura na UBS é de 96%, ou seja, possuímos um total de 27 crianças menores de um ano residentes na área e acompanhadas na UBS, sendo que o CAP estima 28 crianças nesta faixa etária. No atendimento, participam todos os integrantes da equipe: médico, enfermeiro, técnica de enfermagem e agentes comunitários, odontólogo e técnico de saúde bucal e a assistência é feita tanto na UBS como no domicílio. Para os indicadores de qualidade avaliados no CAP quase todos estão acima de 50%, o que reflete a preocupação e persistência da equipe. Ainda precisamos melhorar em alguns aspectos como a triagem auditiva que não foi possível preencher, pois não é realizada, mas este problema já está sendo resolvido. De acordo com o Protocolo do MS temos 89% das consultas atualizadas, para um total de 24 crianças, pois alguns deles encontram-se fora da área e outros moram longe demais, mas já estamos pensando em estratégias para ampliarmos este indicador, como é o caso das consultas domiciliares.

Em cada consulta são monitorados o crescimento e desenvolvimento de cada criança, assim como as datas das vacinas, sempre explicando para a mãe a importância das mesmas e lembrando a data da próxima vacina. Aproveitando o

odontólogo da equipe, todas as crianças são encaminhadas para serem avaliadas em relação à saúde bucal, mas ainda assim ficamos com 89% neste indicador, pois apenas 24 crianças foram examinadas, assim, decidimos que cada dia de atendimento no interior ficariam duas vagas reservadas para essa avaliação, fato que acredito que irá melhorar esse indicador.

De acordo com o CAP minha equipe tem uma cobertura de pré-natal de 69%, ou seja, temos 13 gestantes acompanhadas de um total de 19 estimadas, o que demonstra que nossa equipe tem que melhorar essa cobertura. Os indicadores de qualidade da atenção ao pré-natal destas usuárias encontram-se com uma porcentagem e qualidade requeridas na maioria dos casos: 69% (09) têm o pré-natal iniciado no primeiro trimestre e, por sabermos da importância desta ação para a mãe e para o filho, já foi feita uma reunião com os ACS sobre a necessidade de captação precoce destas mulheres e também já conversamos com o médico que faz ultrassom no município para que sempre nos mantenha informados. As consultas são feitas de acordo com o Protocolo do MS e em 100% são indicados todos os exames recomendados. O esquema de vacina sempre é cumprido de acordo ao protocolo, assim como a prescrição de Sulfato Ferroso de acordo às necessidades de cada uma delas, nesses aspectos atingimos 100%. Aproveitando a consulta de odontologia, todas (100%) são encaminhadas desde a primeira consulta para avaliação da saúde bucal. A nossa maior dificuldade é o exame ginecológico que encontra-se com 38% (05) das gestantes examinadas.

Em relação ao puerpério a cobertura é de um 96% (27), no entanto, apenas 20 usuárias (74%) realizaram consultas nos primeiros 42 dias do puerpério, mas todas receberam as orientações sobre aleitamento materno exclusivo, cuidado com o recém-nascido, a importância do planejamento familiar nessa etapa. Em 100% destas mulheres foram examinadas as mamas, o abdômen (involução uterina). Um indicador que se encontra baixo é a avaliação do estado psíquico que está em 33% (09), mas aquelas mulheres que necessitaram de um acompanhamento mais específico foram encaminhadas para o Psicólogo.

No que concerne ao rastreamento de câncer de colo do útero, de 455 mulheres estimadas entre 25 e 64 anos de idade, contamos com um total de 431 (95%), das quais temos 402 (93%) com exame citopatológico em dia, pois ainda temos aquelas mulheres que não são conscientes da importância do exame. Assim, além das palestras educativas e das visitas domiciliares, foi feita uma caminhada



nas principais ruas da cidade com carro de som, panfletos informativos e uma palestra sobre o tema e percebemos que nos dias seguintes a demanda para fazer o exame foi muito maior. Decidimos então fazer ações deste tipo a cada três meses para lembrar sempre a importância que este exame representa para toda mulher sexualmente ativa. Ainda assim, temos oito mulheres (2%) com atraso de mais de seis meses na realização do exame. Atualmente temos sete usuárias com a citologia alterada, mas que estão em seguimento adequado. Dos exames coletados, 422 (98%) tiveram as mostras satisfatórias e, mesmo tendo essa porcentagem alta, foi realizada uma capacitação pela Secretaria de Saúde para médicos e enfermeiros sobre a coleta de mostras.

No caso do rastreamento de câncer de mama, de acordo com o CAP o total de mulheres com idade entre 50 e 69 anos na minha UBS deve ser 142, mas temos um total de 134 mulheres acompanhadas, o que representa 94%. Em relação à mamografia em dia, devido às dificuldades que estamos apresentando em nosso município, acho que ficamos com uma porcentagem aceitável 72% (97 mulheres com o exame feito), pois as mulheres têm que se deslocarem até a capital do estado para a realização do exame, mas pela importância que este exame representa, os profissionais sempre orientam às mesmas sobre a necessidade de realização. Ainda temos 18 mulheres com atraso de mais de três meses, o que representa 13%, elas foram visitadas pelos ACS, pela médica e pelo enfermeiro, mas se trata de problemas econômicos que as impedem de realizarem o exame, assim, falamos com os gestores municipais sobre a possibilidade de ajuda de custo para estas pessoas. Todas as mulheres são orientadas sobre a prevenção deste tipo de câncer, avaliamos os fatores de risco, ensinamos como fazer o autoexame de mama, assim como orientamos sobre a importância de uma alimentação saudável e de evitar o tabagismo.

Em minha UBS temos um total de 268 usuários com HAS, o que representa 71% de cobertura se consideramos os 377 estimados pelo CAP. Em relação aos atrasos nas consultas agendadas em mais de sete dias temos 56 usuários (21%), a causa é, na maioria dos casos, a irresponsabilidade dos usuários em realizar o acompanhamento adequado e a distância da UBS. Os ACS visitam estes usuários com frequência e falam da importância do acompanhamento na UBS, mas, ainda assim, não conseguimos a adesão de todos. Em relação à realização de exames complementares conseguimos atingir 91% (245) e acredito que neste ponto

conseguimos muito, pois os usuários têm que se deslocar mais de 30 km para fazer o exame e, muitas vezes, fazem os exames de forma particular. Pela importância destas patologias sempre orientamos 100% dos usuários sobre a necessidade da realização da prática de atividades físicas e alimentação saudável, encaminhando para o nutricionista, se necessário. Na atenção à saúde bucal, atingimos 75% (201 usuários atendidos), mas muitos usuários não compreendem a importância deste acompanhamento, assim, foi feita uma palestra com o odontólogo para explicar a necessidade da saúde bucal e foi programada para que palestras com este tema fossem feitas uma vez por mês, além de dias específicos para o atendimento de portadores de HAS.

No caso do DM, temos 99% de cobertura, ou seja, acompanhamos 107 usuários dos 108 estimados pelo CAP, entretanto, a qualidade da assistência precisa ser melhorada, pois ainda temos usuários com atrasos nas consultas, apenas 92% (98) possuem estratificação de risco cardiovascular, 83% (89) estão com exames complementares em dia e 79% (84) com avaliação de saúde bucal. Além disso, vários prontuários estão incompletos, de modo que não é possível avaliar com fidedignidade os resultados encontrados. Em relação às orientações sobre a prática de exercícios e a dieta saudável atingimos 100%.

Contamos com um total de 183 pessoas idosas acompanhadas na UBS (91% de cobertura), das quais 100% têm cadernetas e avaliação de risco para morbi-mortalidade. O acompanhamento em dia atingiu 86% (157), devido àqueles usuários que não podem comparecer à UBS por questões de doenças ou distância da UBS. A investigação de fragilização na velhice foi feita no total dos usuários, assim como a avaliação multidimensional rápida, todos são orientados sobre hábitos alimentares saudáveis e sobre a realização de atividade física regular, seja durante a consulta na UBS ou durante as visitas domiciliares e a avaliação bucal atingiu 78% (142 idosos atendidos). Temos um total de 65 idosos hipertensos, o que representa 36%, sendo um importante problema de saúde, e 38 diabéticos (21%). Desenvolvemos várias atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças para obtermos uma maior qualidade de vida de nossos idosos, entre elas as palestras com orientações sobre vários temas.

Enfim, mesmo diante de algumas adversidades, acredito que possuímos pontos positivos que contribuem para a melhoria da qualidade dos serviços ofertados: profissionais engajados com o nosso trabalho e com vontade de

realizarem mudanças que melhorem a qualidade da atenção que oferecemos na unidade.

### **1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional**

Ao comparar a primeira análise geral feita no início do curso com este Relatório Situacional, posso dizer que ainda há muito trabalho pela frente, mesmo tendo em conta que a saúde da população tem melhorado muito.

A partir do estudo de manuais, preenchimento dos questionários e elaboração das tarefas, foi possível avaliar cada ação programática com maior profundidade e muito mais clareza, proporcionando uma visão mais ampla do trabalho que está sendo feito e do que ainda falta fazer. Acho que o nosso maior problema está nas DCNT, pois são a causa da maioria das morbimortalidades da área. Este relatório situacional mostrou para a equipe onde estão os principais problemas de saúde, quais os menores indicadores e estas informações nos ajudarão na solução de muitos desses problemas. Notamos que as atividades de promoção à saúde precisam ser ampliadas, como as palestras, videoconferências e outros meios de orientação para a população, pois, assim, conseguiremos ampliar a qualidade da assistência.

## **2      Análise Estratégica**

### **2.1    Justificativa**

A atenção aos usuários com HAS e/ou DM é um dos enfoques dentre as ações desenvolvidas pela APS. Segundo Brasil (2013 a,b) esta ação programática tem como objetivo reduzir a morbimortalidade por doenças e agravos não transmissíveis por meio de ações de promoção e educação em saúde, detecção precoce, tratamento e acompanhamento das pessoas com HAS e DM e outros fatores de risco para Doenças Cardiovasculares (DCV) na população residente da área de abrangência da UBS. Ambas estão diretamente relacionadas à aceitação, falta de informação, identificação dos fatores de risco e motivação com relação ao desenvolvimento do autocuidado e de hábitos de vida saudável.

A UBS Isidorio Pereira possui o modelo de atenção focado na ESF e conta com duas equipes, sendo a minha formada por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, odontólogo, auxiliar de saúde bucal, recepcionista e quatro agentes comunitários de saúde. Estruturalmente, a UBS conta com uma recepção que fica junto com a sala de espera, um consultório de odontologia, um consultório de enfermagem, um consultório médico, um sanitário (para usuários e profissionais da saúde) e uma cozinha. Atualmente nossa equipe atende uma população total de 1.879 habitantes, dos quais 998 são do sexo feminino e 881 são do sexo masculino.

Temos registros de um total de 268 pessoas com diagnóstico de HAS. No caso do Diabetes Mellitus, temos um total de 107 pessoas. A nossa equipe realizará um cadastramento dos usuários portadores de HAS e/ou DM da área de abrangência da UBS, assim, estes usuários serão nosso público alvo. Atualmente, os ACS são os que mais estão envolvidos na busca de pessoas com HAS e DM e logo os encaminha para a UBS para que possam ser avaliados. Também aproveitamos as visitas domiciliares para a pesquisa. Uma vez na UBS, são

realizados todos os procedimentos precisos, assim como solicitados os exames necessários e feitos encaminhamentos necessários. Estamos procurando que o atendimento seja multiprofissional, fato que não acontecia anteriormente na UBS. São realizadas palestras sobre diversos temas de interesse para esta parte da população em diferentes áreas da comunidade, o que com certeza ajuda para um melhor atendimento e entendimento das pessoas em relação à sua doença. As dificuldades encontradas no trabalho com este grupo estão relacionadas ao laboratório do município que entrega os exames dos usuários sempre com atraso. Além disso, estas duas patologias produzem grande demanda de usuários descompensados na unidade de saúde e no hospital do município e, portanto, fortalecer as orientações e o atendimento a este grupo torna-se essencial para o serviço e para a população.

A realização desta intervenção será importante para estabelecer um sistema de atenção mais organizado em nossa unidade. Será um trabalho em conjunto com a participação de toda a equipe e a comunidade, onde cada qual vai ter sua responsabilidade. Um ponto que destaco é que contamos com o apoio de toda a equipe de saúde, da Secretaria de Saúde e da Prefeitura, o que é muito importante para nós. Estes órgãos garantem transporte, propagandas educativas e carros de som, que contribuirão para a realização da intervenção. Acredito que com esta intervenção possamos mudar diversos aspectos na vida das pessoas, buscando evitar futuras complicações, ainda que seja em longo prazo, bem como melhorar o serviço ofertado à população.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Qualificar a atenção em saúde de pessoas portadoras de HAS e/ou DM na Unidade Básica de Saúde Isidorio Pereira, no município de Baixa Grande do Ribeiro -Piauí.

### **2.2.2 Objetivos específicos e metas**

**Objetivo 1:** Ampliar a cobertura a pessoas com hipertensão e/ou diabetes

**Meta 1.1** Cadastrar 100% das pessoas com hipertensão no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

**Meta 1.2** Cadastrar 100% das pessoas com diabetes no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

**Objetivo 2:** Melhorar a qualidade da atenção de pessoas com hipertensão e/ou diabetes

**Meta 2.1** Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com hipertensão.

**Meta 2.2** Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com diabetes.

**Meta 2.3** Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com diabetes a cada 03 meses (com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade).

**Meta 2.4** Garantir a 100% das pessoas com hipertensão a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Meta 2.5** Garantir a 100% das pessoas com diabetes a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Meta 2.6** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na UBS.

**Meta 2.7** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com diabetes cadastradas na UBS.

**Meta 2.8** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com hipertensão.

**Meta 2.9** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com diabetes.

**Objetivo 3:** Melhorar a adesão de pessoas com hipertensão e/ou diabetes

**Meta 3.1** Buscar 100% das pessoas com hipertensão faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

**Meta 3.2** Buscar 100% das pessoas com diabetes faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

**Objetivo 4:** Melhorar o registro das informações.

**Meta 4.1** Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com hipertensão.

**Meta 4.2** Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com diabetes.

**Objetivo 5:** Mapear o risco para doença cardiovascular das pessoas com hipertensão e/ou diabetes

**Meta 5.1** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com hipertensão.

**Meta 5.2** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com diabetes.

**Objetivo 6:** Promover a saúde de pessoas com hipertensão e/ou diabetes

**Meta 6.1** Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com hipertensão.

**Meta 6.2** Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com diabetes.

**Meta 6.3** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com hipertensão.

**Meta 6.4** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com diabetes.

**Meta 6.5** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com hipertensão.

**Meta 6.6** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com diabetes.

**Meta 6.7** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com hipertensão.

**Meta 6.8** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com diabetes.

## **2.3 Metodologia**

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas na UBS Isidório Pereira, no Município de Baixa Grande do Ribeiro/PI. Participarão da intervenção todos os portadores de HAS e/ou DM e que fazem parte da área de abrangência desta UBS.

### 2.3.1 Detalhamento das ações

#### **Objetivo 1 - Ampliar a cobertura a pessoas com hipertensão e/ou diabetes**

Meta 1.1: Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS.

Meta 1.2: Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS.

#### **Eixo Monitoramento e avaliação:**

##### *Ação:*

- Monitorar o número de pessoas com hipertensão e/ou diabetes cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS.

##### *Detalhamento:*

O monitoramento da cobertura será realizado semanalmente com a revisão das fichas disponibilizadas pelo curso de especialização (fichas espelho), o que será realizado pelo enfermeiro ao terminar a semana de trabalho na UBS.

#### **Eixo Organização e Gestão do Serviço:**

##### *Ações:*

- Garantir o registro de pessoas com hipertensão e/ou diabetes cadastradas no Programa.
- Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS e/ou DM.
- Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) e realização do hemoglicoteste na UBS.

##### *Detalhamento:*

Em cada atendimento realizado por um profissional a um usuário com hipertensão ou diabetes será realizado o preenchimento das fichas espelho e dos prontuários de atendimento.

Será dada capacitação aos membros da equipe para melhorar o acolhimento aos usuários, além da capacitação nas normas de atendimento, diagnóstico e tratamento, que será feita pela médica e enfermeiro uma vez por semana, por três semanas, na própria UBS depois do atendimento. Será bem organizado o processo de recepção e agendamento dos usuários, de modo que o usuário será recebido



pela recepcionista que o direcionará com a sua ficha para o consultório do profissional.

Serão providenciados na Secretaria de Saúde os equipamentos correspondentes (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) para cada um dos profissionais, para assim garantir a tomada de pressão de toda pessoa maior de 18 anos que chegue à UBS. O responsável desta ação será o médico.

#### **Eixo Engajamento Público:**

##### *Ações:*

- Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus na unidade de saúde.
- Informar a comunidade sobre a importância de aferir a pressão arterial a partir dos 18 anos, no mínimo, anualmente.
- Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80mmHg.
- Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

##### *Detalhamento:*

Os ACS e os líderes da comunidade serão capacitados inicialmente pelo enfermeiro na primeira semana da intervenção, para oferecer informação à população sobre o programa e a importância de realizar a medida da pressão arterial, assim como os fatores de risco destas doenças. Serão desenvolvidos pela equipe e impressos na secretaria de saúde os cartazes informativos sobre as diferentes patologias, que serão distribuídos durante toda a intervenção, nas palestras e atividades educativas de promoção à saúde e prevenção de doenças que sejam feitas sobre o tema. O responsável será o enfermeiro.

#### **Eixo Qualificação da Prática Clínica:**

##### *Ações:*

- Capacitar os ACS para o cadastramento e atualização da população da área da UBS.
- Capacitar a equipe da UBS para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito e para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg..

##### *Detalhamento:*

Antes do início da intervenção, a equipe de enfermagem será capacitada pelo médico na UBS, depois de concluir o atendimento, sobre os cuidados na verificação da pressão arterial e na verificação da glicose dos usuários. Os ACS serão capacitados pela enfermeira e pelo médico quanto ao preenchimento das fichas de cadastro e da revisão das mesmas. A responsabilidade será conjunta entre o enfermeiro e o médico.

## **Objetivo 2 - Melhorar a qualidade da atenção de pessoas com hipertensão e/ou diabetes**

Meta 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Meta 2.3. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.4. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.7: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos cadastrados.

Meta 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos cadastrados.

### **Eixo Monitoramento e avaliação:**

#### *Ações:*

- Monitorar a realização de exame clínico apropriado das pessoas com hipertensão e com diabetes;
- Monitorar o número de pessoas com hipertensão e pessoas com diabetes com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na UBS e conforme a periodicidade recomendada.
- Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular / HIPERDIA.
- Monitorar as pessoas hipertensas e as diabéticas que necessitam de atendimento odontológico.

#### *Detalhamento:*

O monitoramento da realização dos exames clínicos e laboratoriais dos usuários será feito através da ficha espelho, semanalmente, assim como o monitoramento da realização dos exames na devida periodicidade, da prescrição de medicamentos e da necessidade do atendimento de saúde bucal. O responsável pelo monitoramento será o enfermeiro da equipe.

### **Eixo Organização e gestão do serviço:**

#### *Ações:*

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pessoas com hipertensão e diabetes.
- Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.
- Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.
- Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na UBS.
- Garantir a solicitação dos exames complementares.
- Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.
- Estabelecer sistemas de alerta para os exames complementares atualizados.
- Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.
- Manter um registro das necessidades de medicamentos das pessoas com hipertensão e com diabetes cadastradas na UBS.
- Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico das pessoas com hipertensão e com diabetes;
- Organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento das pessoas com hipertensão e com diabetes provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

#### *Detalhamento:*

Em cada consulta médica será feito o exame clínico a cada usuário, incluindo a avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Antes de começar a intervenção faremos contato com o gestor do município sobre as prioridades na realização dos exames laboratoriais para assim conseguirmos o exame completo do usuário. Serão impressos na secretaria de saúde os protocolos para que estejam ao alcance de todos e sejam objeto de estudo. Além disso, em reunião da equipe vamos discutir o tema da organização da UBS para um melhor

fluxo dos usuários. O responsável pelo acompanhamento destas ações será o médico.

### **Eixo Engajamento público:**

#### *Ações:*

- Orientar a comunidade em geral quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e da diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

- Orientar as pessoas com hipertensão e com diabetes e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares e quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames;

- Orientar as pessoas com hipertensão e com diabetes e a comunidade em geral quanto ao direito dos usuários em ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular / HIPERDIA e possíveis alternativas para obter este acesso.

- Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente das pessoas com hipertensão e pessoas com diabetes.

#### *Detalhamento:*

Serão realizadas na comunidade palestras com os usuários para falar sobre a importância do conhecimento do risco cardiovascular e neurológico da hipertensão e da diabetes mellitus, orientando também a necessidade e a importância da realização de exames complementares, também orientar sobre o acesso aos medicamentos da farmácia popular e a importância da realização da avaliação da saúde bucal. Essas ações serão desenvolvidas nas igrejas, centros de trabalho, assim como no âmbito da própria UBS, uma vez por mês, o que será de responsabilidade do enfermeiro.

### **Eixo Qualificação da prática clínica:**

#### *Ações:*

- Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.
- Capacitar a equipe para a realização de exame apropriado dos pés.
- Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.

- Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e do diabetes.

- Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

- Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico das pessoas com hipertensão e com diabetes.

*Detalhamento:*

Aproveitaremos as reuniões que são feitas na equipe uma vez por mês na própria UBS para capacitar o pessoal no referente à realização do exame clínico adequado, além da capacitação sobre o seguimento dos protocolos de atendimento, trazendo até a equipe as novas atualizações no tratamento da hipertensão e da diabetes, os medicamentos da farmácia popular e avaliação da necessidade de atendimento odontológico. O responsável por esta ação será o médico.

**Objetivo 3 - Melhorar a adesão de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.**

Meta 3.1. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.2. Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

**Eixo Monitoramento e avaliação:**

*Ação:*

- Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

*Detalhamento:*

O monitoramento das consultas será realizado semanalmente através da análise das fichas espelho. O responsável desta ação será o enfermeiro.

**Eixo Organização e gestão do serviço:**

*Ações:*

- Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.
- Organizar a agenda para acolher as pessoas com hipertensão e com diabetes provenientes das buscas domiciliares.

*Detalhamento:*

Os ACS realizarão visitas domiciliares para buscar faltosos e identificar casos novos, os quais serão encaminhados para a unidade no dia destinado só para

consultas das pessoas com hipertensão e diabetes (toda sexta-feira de cada semana), conforme agenda organizada previamente.

**Eixo Engajamento público:**

*Ações:*

- Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.
- Ouvir a comunidade sobre estratégias para evitar evasão das pessoas com hipertensão e com diabetes (se houver número excessivo de faltosos).
- Esclarecer as pessoas com hipertensão e com diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

*Detalhamento:*

Realizaremos palestras nas comunidades (igrejas, centros de trabalho) para informar sobre a importância da realização das consultas, esclarecer aos usuários hipertensos e diabéticos e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas, com base no protocolo de atendimento. Esta ação será feita uma vez por mês, com a participação do médico e do enfermeiro.

**Eixo Qualificação da prática clínica:**

*Ação:*

- Capacitar os ACS para a orientação de pessoas com hipertensão e com diabetes quanto a realização das consultas e sua periodicidade.

*Detalhamento:*

Aproveitaremos as reuniões que ocorrem na UBS e capacitaremos os ACS para a orientação de hipertensos e diabéticos conforme a periodicidade definida nos protocolos de atendimento. A responsabilidade será do médico.

**Objetivo 4 – Melhorar o registro das informações**

Meta 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Eixo Monitoramento e avaliação:**

*Ação:*

- Monitorar a qualidade dos registros de pessoas com hipertensão e com diabetes acompanhadas na UBS.

*Detalhamento:*

Ao final de cada semana, serão monitoradas as fichas espelho para verificar a qualidade dos registros. O responsável por esta ação será o enfermeiro.

**Eixo Organização e gestão do serviço:**

*Ações:*

- Manter as informações do SIAB/e-SUS atualizadas.
- Implantar ficha de acompanhamento.
- Pactuar com a equipe o registro das informações.
- Definir responsável pelo monitoramento dos registros.
- Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

*Detalhamento:*

Será implantada a ficha de acompanhamento, a qual será preenchida pelos ACS durante as visitas domiciliares e serão discutidas na equipe durante as reuniões. A médica irá pactuar com a equipe o registro das informações nos diversos instrumentos e serão responsáveis pelo monitoramento dos registros médica e enfermeiro.

**Eixo Engajamento público:**

*Ação:*

- Orientar as pessoas com hipertensão e com diabetes e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso à segunda via, se necessário.

*Detalhamento:*

Realizaremos palestras nas comunidades (centros de trabalho, igrejas) uma vez por semana por duas semanas para orientar os usuários sobre seus direitos em relação à manutenção dos seus registros de saúde e acesso se for necessário em algum momento, as mesmas serão feitas pela médica e pelo enfermeiro.

**Eixo Qualificação da prática clínica:**

*Ações:*

- Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento das pessoas com hipertensão e com diabetes;

- Capacitar a equipe da UBS para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

*Detalhamento:*

Aproveitaremos as reuniões realizadas na UBS e capacitaremos a equipe para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas dos hipertensos e diabéticos. A responsável será a médica da UBS.

**Objetivo 5 - Mapear o risco para doença cardiovascular das pessoas com hipertensão e/ou diabetes**

Meta 5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde

**Eixo Monitoramento e avaliação:**

*Ação:*

- Monitorar o número de pessoas com hipertensão e com diabetes com a realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

*Detalhamento:*

No final de cada semana, o enfermeiro realizará monitoramento das fichas espelho para verificar se o usuário tem feita a estratificação de risco e se precisa ser realizada.

**Eixo Organização e gestão do serviço:**

*Ações:*

- Priorizar o atendimento das pessoas com hipertensão e com diabetes avaliadas como de alto risco.

- Organizar a agenda para o atendimento da demanda.

*Detalhamento:*

Será priorizado o atendimento dos usuários classificados como alto risco, será aumentada a frequência das consultas, assim como as vagas disponibilizadas na UBS para o atendimento, seja para o médico, enfermeiro ou dentista. O responsável será o médico.

**Eixo Engajamento público:**

*Ações:*



- Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.

- Esclarecer as pessoas com hipertensão e com diabetes e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

*Detalhamento:*

Realizaremos palestras nas comunidades (centros de trabalho, igrejas) para orientar os usuários quanto ao seu nível de risco de morbidade e a importância do acompanhamento regular, para um adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação). Essa ação será feita uma vez por mês e dirigida pelo médico e pelo enfermeiro. O responsável pela organização da ação será o enfermeiro.

**Eixo Qualificação da prática clínica:**

*Ações:*

- Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.

- Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.

- Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

*Detalhamento:*

Aproveitaremos as reuniões que ocorrem na UBS para capacitar a equipe para realizar estratificação de risco de lesões em órgãos alvo, falar sobre a importância do registro desta avaliação e as estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis, o que será responsabilidade do médico.

**Objetivo 6 - Promover a saúde de pessoas com hipertensão e/ou diabetes**

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Meta 6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Meta 6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos hipertensos.

Meta 6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos diabéticos.

Meta 6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos hipertensos.

Meta 6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos diabéticos.

Meta 6.7: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos hipertensos cadastrados.

Meta 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos diabéticos cadastrados.

### **Eixo Monitoramento e avaliação:**

#### *Ações:*

- Monitorar a realização de orientação nutricional as pessoas com hipertensão e com diabetes;
- Monitorar a realização de orientação para atividade física regular às pessoas com hipertensão e com diabetes.
- Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo às pessoas com hipertensão e com diabetes.
- Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal às pessoas com hipertensão e com diabetes.

#### *Detalhamento:*

As orientações das consultas de enfermagem e médica serão registradas na ficha espelho e passadas para a planilha de coleta de dados, o que possibilitará fazer o monitoramento das orientações dadas e avaliação e seguimento do comportamento dos usuários. O monitoramento será feito no final do mês e o responsável será o enfermeiro da UBS.

### **Eixo Organização e gestão do serviço:**

#### *Ações:*

- Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável, orientação sobre atividade física.
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas, educadores físicos nesta atividade.
- Demandar ao gestor a adesão ao Programa Nacional de Controle do Tabagismo do Ministério da Saúde.

- Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

*Detalhamento:*

Já que contamos no município com educador físico e nutricionista, vamos desenvolver atividades coletivas com todos os hipertensos e diabéticos uma vez por mês para falar sobre alguns temas de importância, como: alimentação saudável e a importância de se evitar o sedentarismo, ação que pode ser desenvolvida na própria UBS ou na praça principal, para assim chamar mais a atenção das pessoas. Também serão desenvolvidas ações contra o tabagismo, tais como palestras e encontros, as quais serão realizadas no âmbito da UBS e em igrejas e centros de trabalho uma vez por mês. O responsável será o médico da UBS.

**Eixo Engajamento público:**

*Ações:*

- Orientar pessoas com hipertensão e com diabetes e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável, bem como a necessidade de uma dieta específica para o tratamento do diabetes.
- Orientar pessoas com hipertensão e com diabetes e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular, inclusive para o tratamento da hipertensão e do diabetes.
- Orientar as pessoas com hipertensão e com diabetes tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.
- Orientar as pessoas com hipertensão e com diabetes e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

*Detalhamento:*

Realizaremos palestras nas comunidades (igrejas, centros de trabalho) para orientar hipertensos e diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável, prática regular de atividade física, tabagismo e higiene bucal, que são de vital importância para o correto desempenho da sua saúde e de nosso projeto, serão realizadas pela médica e o enfermeiro uma vez por mês.

**Eixo Qualificação da prática clínica:**

*Ações:*

- Capacitar a equipe da UBS sobre práticas de alimentação saudável e específica para pessoas com diabetes.
- Capacitar a equipe da UBS sobre metodologias de educação em saúde.

- Capacitar a equipe da UBS sobre a promoção da prática de atividade física regular.
- Capacitar a equipe para o tratamento de pessoas tabagistas.
- Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

*Detalhamento:*

Realizaremos capacitação aos integrantes da equipe sobre práticas de alimentação saudável, metodologias de educação em saúde, promoção da prática de atividade física regular, tabagismo, assim como capacitaremos sobre as orientações de higiene bucal, as quais serão feitas duas vezes ao mês e dirigidas pela médica e pelo dentista.

### **2.3.2 Indicadores**

**Relativos ao objetivo 1:** Ampliar a cobertura a pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

**Meta 1.1:** Cadastrar 100% das pessoas com hipertensão no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

**Indicador 1.1:** Cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão residentes na área de abrangência da UBS cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão residentes na área de abrangência da UBS.

**Meta 1.2:** Cadastrar 100% das pessoas com diabetes no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

**Indicador 1.2:** Cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Numerador: Número de pessoas com diabetes residentes na área de abrangência da UBS cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes residentes na área de abrangência da UBS.

**Relativos ao objetivo 2:** Melhorar a qualidade da atenção de pessoas com hipertensão e/ou diabetes

**Meta 2.1:** Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com hipertensão.

**Indicador 2.1:** Proporção de pessoas com hipertensão com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de pessoas com hipertensão com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

**Meta 2.2:** Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com diabetes.

**Indicador 2.2:** Proporção de pessoas com diabetes com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de pessoas com diabetes com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

**Meta 2.3:** Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com diabetes a cada 03 meses (com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade).

**Indicador 2.3:** Proporção de pessoas com diabetes com o exame dos pés em dia

Numerador: Número de pessoas com diabetes com exame dos pés em dia

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

**Meta 2.4:** Garantir a 100% das pessoas com hipertensão a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Indicador 2.4:** Proporção de pessoas com hipertensão com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de pessoas com hipertensão com exames complementares em dia.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

**Meta 2.5:** Garantir a 100% das pessoas com diabetes a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Indicador 2.5:** Proporção de pessoas com diabetes com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de pessoas com diabetes com exames complementares em dia.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

**Meta 2.6:** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na UBS.

**Indicador 2.6:** Proporção de pessoas com hipertensão com prescrição priorizada de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão com prescrição de medicamentos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus. .

**Meta 2.7:** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com diabetes cadastradas na UBS.

**Indicador 2.7:** Proporção de pessoas com diabetes com prescrição priorizada de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Numerador: Número de pessoas com diabetes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes com prescrição de medicamentos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus. .

**Meta 2.8:** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com hipertensão.

**Indicador 2.8:** Proporção de pessoas hipertensas com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

**Meta 2.9:** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com diabetes.

**Indicador 2.9:** Proporção de pessoas com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de pessoas com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

**Relativos ao objetivo 3:** Melhorar a adesão de pessoas com hipertensão e/ou diabetes

**Meta 3.1:** Buscar 100% das pessoas com hipertensão faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

**Indicador 3.1:** Proporção de pessoas com hipertensão faltosas às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão faltosas às consultas médicas na UBS com busca ativa

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

**Meta 3.2:** Buscar 100% das pessoas com diabetes faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

**Indicador 3.2:** Proporção de pessoas com diabetes faltosas às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de pessoas com diabetes faltosas às consultas médicas na UBS com busca ativa

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

**Relativos ao objetivo 4:** Melhorar o registro das informações.

**Meta 4.1:** Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com hipertensão.

**Indicador 4.1:** Proporção de pessoas com hipertensão com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de pessoas hipertensas com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de pessoas hipertensas cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

**Meta 4.2** Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com diabetes.

**Indicador 4.2:** Proporção de pessoas com diabetes com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de pessoas com diabetes com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

**Relativos ao objetivo 5:** . Mapear o risco para doença cardiovascular das pessoas com hipertensão e/ou diabetes

**Meta 5.1:** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com hipertensão.

**Indicador 5.1:** Proporção de pessoas com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular



Numerador: Número de pessoas com hipertensão com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

**Meta 5.2:** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com diabetes.

**Indicador 5.2:** Proporção de pessoas com diabetes com estratificação de risco cardiovascular

Numerador: Número de pessoas com diabetes com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

**Relativos ao objetivo 6:** Promover a saúde de pessoas com hipertensão e/ou diabetes

**Meta 6.1:** Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com hipertensão.

**Indicador 6.1:** Proporção de pessoas com hipertensão com orientação nutricional. Numerador: Número de pessoas com hipertensão que receberam orientação nutricional.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

**Meta 6.2:** Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com diabetes.

**Indicador 6.2:** Proporção de pessoas com diabetes com orientação nutricional. Numerador: Número de pessoas com diabetes que receberam orientação nutricional.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

**Meta 6.3:** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com hipertensão.

**Indicador 6.3:** Proporção de pessoas com hipertensão com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

**Meta 6.4:** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com diabetes.

**Indicador 6.4:** Proporção de pessoas com diabetes com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de pessoas com diabetes que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

**Meta 6.5:** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com hipertensão.

**Indicador 6.5:** Proporção de pessoas com hipertensão com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

**Meta 6.6:** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com diabetes.

**Indicador 6.6:** Proporção de pessoas com diabetes com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de pessoas com diabetes que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

**Meta 6.7.** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com hipertensão.

**Indicador 6.7:** Proporção de pessoas com hipertensão com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

**Meta 6.8.** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com diabetes.

**Indicador 6.8:** Proporção de pessoas com diabetes com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de pessoas com diabetes que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

### 2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção na ação programática de HAS e DM serão utilizados como protocolos os Cadernos de Atenção Básica de Atenção de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde, 2013 (BRASIL, 2013a, b). Para a obtenção das informações necessárias dos usuários, utilizaremos os prontuários e os registros do programa (livro da unidade), que primeiramente vamos atualizar para obter informações mais fidedignas, já que faremos um recadastramento dos usuários portadores de HAS e/ou DM que já fazem parte da nossa UBS. Assim, faremos uma revisão minuciosa dos prontuários clínicos, bem como uma avaliação destes usuários.

Para seguimento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados (ANEXO B) disponibilizada pelo curso. Utilizaremos as fichas espelho do Programa de Atenção à Hipertensão e Diabetes também disponibilizadas pelo curso (ANEXO C), cujas cópias serão disponibilizadas pela secretaria municipal de saúde e guardadas em um arquivo específico para as elas. Além disso, vamos

elaborar um registro onde se possam anotar os encaminhamentos às consultas especializadas e as visitas domiciliares realizadas, que ficará na unidade de saúde.

Vamos organizar e atualizar o livro de registro do Programa Atenção à Hipertensão e Diabetes. Para isso, o enfermeiro será o responsável pela organização e atualização deste, transcrevendo as informações mais recentes dos prontuários dos usuários para as fichas espelho. Semanalmente, este profissional examinará as fichas espelho e o registro do programa, identificando aqueles que estão com consultas, exames clínicos, exames laboratoriais ou vacinas em atraso. Os agentes comunitários de saúde farão a busca ativa de todos os usuários que tenham atraso.

A análise situacional e a definição do foco de intervenção já foram discutidas com a equipe da UBS. Assim, começaremos a intervenção com a capacitação sobre os protocolos para que toda a equipe utilize esta referência na atenção aos hipertensos e/ou diabéticos. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS e para isto será reservada uma hora ao final do expediente, no horário tradicionalmente utilizado para reunião de equipe. O médico e o enfermeiro da equipe serão os responsáveis pela capacitação dos outros membros da equipe.

As principais temáticas abordadas durante a capacitação serão as seguintes: como fazer o cadastramento dos usuários da área de abrangência da unidade de saúde, técnica correta de verificação da pressão arterial e realização do hemoglicoteste em adultos, realização de exame clínico apropriado de acordo com os protocolos atualizados adotados pela unidade, saúde bucal, acolhimento, preenchimento adequado de todos os registros necessários ao acompanhamento, estratificação de risco cardiovascular e sua importância para a prevenção das complicações, estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis e prática de estilos de vida saudável.

Atualmente, destinamos apenas um dia de consulta para toda a população, mas a partir de agora aumentaremos mais um dia para as consultas do Programa Atenção à Hipertensão e Diabetes, a fim de possibilitar maior número de captações de pessoas e, conseqüentemente, a cobertura do programa. O acolhimento será feito pelos agentes comunitários de saúde, devidamente capacitados para esta tarefa. Será realizada a verificação da pressão arterial todos os dias aos usuários maiores de 20 anos.

Temos usuários com exames complementares em atraso, por isso com a revisão e atualização dos registros específicos do programa vamos verificar quem são estes usuários, para desta forma poder solicitá-los. Precisamos garantir que eles entendam a importância da realização e do acompanhamento dos exames para um melhor seguimento e controle de suas doenças. Além disso, responsabilizar cada ACS pelo monitoramento dos usuários de suas microáreas.

Para a ação de avaliação da estratificação de risco cardiovascular, inicialmente vamos priorizar os usuários que conhecemos que tem alto risco de doenças cardiovasculares, cerebrais, renais e de outros órgãos e sistemas que podem produzir complicações graves e inclusive até a sua morte. Também estaremos alerta àqueles em que, durante as consultas ou visitas domiciliares, possamos detectar a presença de algum risco ou sintoma de complicação. O médico será o responsável pelo monitoramento e avaliação desta ação. Também batalharemos para garantir as consultas especializadas aos que necessitarem de encaminhamento.

Para as ações que envolvem a odontologia, dispomos de um odontólogo em nossa equipe de saúde que agora está organizando seu trabalho para garantir o correto seguimento dos programas que se realizam na unidade. O mesmo já tem conhecimento do projeto de intervenção e da necessidade de atendimento a esses usuários para garantir uma melhoria em relação à saúde bucal. Realizar-se-ão atividades de promoção de saúde bucal na UBS onde o principal responsável será o odontólogo.

Considerando o engajamento público, vamos trabalhar muito para garantir que os usuários e a comunidade possam compreender porque é importante a verificação da pressão arterial de todas as pessoas maiores de 20 anos de idade, explicar em que consiste o Programa Atenção à Hipertensão e Diabetes, que com sua integração eles receberão medicamentos de forma gratuita, além de um atendimento integral com equipe multidisciplinar, como também seguimento com as distintas especialidades do SUS. Desta forma acreditamos aumentar a adesão dos usuários ao programa.

Para garantir a disseminação destas informações, vamos colocar informações nos murais da unidade e na comunidade explicando em que consiste o programa. Além disso, vamos organizar atividades de promoção de saúde em igrejas e centros de trabalhos, com apoio dos representantes da comunidade e

líderes de igrejas. Estas atividades se realizarão duas vezes durante o período da intervenção e toda a equipe será responsável pelo cumprimento. Entre as temáticas abordadas nestes encontros estarão: fatores de risco para HAS e DM, formas de diagnóstico, tratamento, complicações e orientações acerca da importância da adoção de hábitos saudáveis (alimentação adequada, atividade física, abandono do tabagismo e do uso de álcool e acompanhamento periódico).



### **3 Relatório da Intervenção**

A intervenção realizada na Unidade Básica de Saúde Isidório Pereira teve como foco a melhoria no serviço prestado aos usuários com hipertensão e diabetes da área adstrita da unidade. Esta foi realizada no período de setembro a dezembro de 2015, totalizando 12 semanas. As atividades foram realizadas buscando seguir criteriosamente o cronograma estabelecido e as ações baseadas nos objetivos e metas traçados previamente no projeto de intervenção.

#### **3.1 Ações previstas e desenvolvidas**

Para a realização das ações procuramos seguir o cronograma estabelecido no projeto. Na primeira semana de intervenção se definiu o papel de cada integrante da equipe de saúde em cada uma das ações programadas, viabilizando o acesso aos prontuários dos hipertensos e diabéticos. Ainda durante este período, realizamos a capacitação da equipe de acordo com os protocolos do Ministério da Saúde estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Hipertensão Arterial Sistêmica e o protocolo de Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Diabetes Mellitus (BRASIL, 2013a, b).

Realizamos capacitação quanto ao registro adequado dos dados e preenchimento da ficha espelho, que foram preenchidas pelo médico, pelo enfermeiro e pela técnica de enfermagem. As fichas, posteriormente, foram arquivadas de forma separada dos prontuários, mantendo o mesmo número dos prontuários que coincidia a ficha de cada usuário hipertenso e/ou diabético. Foi realizada uma reunião onde se estabeleceu que todas as quintas-feiras de cada semana a médica e o enfermeiro seriam os responsáveis pelo monitoramento e avaliação dos dados preenchidos nas respectivas fichas, assim como a transcrição de dados para a planilha de coleta de dados por parte do enfermeiro, a qual só tinha



acesso a médica e o enfermeiro. O computador usado durante a intervenção era da médica, pois na UBS não contamos com este equipamento.

Um momento importante para a intervenção foram as reuniões da equipe, quando se avaliou a situação atual da qualidade dos registros nas fichas e prontuários para a intervenção. Nestas reuniões se realizava as capacitações dos ACS para atualização do cadastramento, busca ativa de usuários com controle em atraso e com fatores de risco para HAS e DM, o que era orientado em todas as reuniões.

Capacitou-se a equipe para a técnica correta de aferição da pressão arterial e de realização de hemoglicoteste e para aferir pressão arterial em todas as consultas às pessoas com fatores de risco para HAS e DM, conforme protocolo. Apresentamos dificuldades com os aparelhos de medir pressão, mas foi resolvido em pouco tempo, não limitando o nosso trabalho. Também capacitamos os profissionais para avaliação de estratificação de risco, segundo o escore de risco de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, a importância que representa o registro desta avaliação, assim como acerca das estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis. Também foi falado sobre a importância da orientação nutricional, sobre prática de exercício físico e controle de fatores de risco.



Figura 2: Fotografia da realização de aferição da pressão arterial em participante da intervenção.

Fonte: Arquivo próprio

Após a capacitação da equipe de saúde, o atendimento ficou organizado da seguinte forma: toda quinta-feira os hipertensos e/ou diabéticos eram identificados pela recepcionista e pela técnica de enfermagem já no momento da escuta inicial e eram preenchidos dados pessoais, antropométricos, realizada aferição de pressão arterial e hemoglicoteste, procedimentos estes realizados pelo profissional de

enfermagem. Eram disponibilizados até 30 fichas somando os dois turnos, deixando entre essas vagas reservas para os usuários provenientes das buscas ativa.

Após o preenchimento inicial feito a cada dia a ficha era encaminhada ao médico para a continuidade do atendimento com a avaliação clínica, solicitação de exames ou encaminhamento a outra especialidade, quando necessário. O atendimento a hipertensos e diabéticos foi realizado também nas visitas domiciliares para usuários moradores em áreas de difícil acesso e domiciliados/acamados, os quais foram priorizados nas visitas.

Para melhorar a qualidade da atenção dos usuários Hipertensos e Diabéticos foi preciso definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico, foram capacitados e atualizados de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde. O atendimento odontológico era agendado pela técnica de odontologia em conjunto com a técnica de enfermagem e eram realizadas todas as quintas-feiras.

Com o objetivo de melhorar a adesão de usuários ao programa organizamos visitas domiciliares para buscar os faltosos. Outra ação importante foi o acolhimento e atendimento de todos os usuários hipertensos e diabéticos, o que acontecia diariamente na UBS.



Figura 3: Fotografia da Técnica de Enfermagem realizando busca ativa de usuária faltosa.

Fonte: Arquivo próprio

Também priorizamos o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco, foram aumentadas as frequências das consultas, assim como as vagas disponibilizadas no posto para o atendimento.

Realizamos varias atividades para promover saúde, como: palestras com a nutricionista, com o educador físico, com a médica, com o enfermeiro e com os demais integrantes da equipe, as quais foram muito produtivas e educativas.

Em várias ocasiões fizemos contatos com as lideranças comunitárias sempre com o apoio dos ACS, os quais eram os responsáveis por agendar todos os hipertensos e diabéticos para cada semana, os que tinham um controle próprio de quais não assistiam às consultas, para assim a equipe realizar buscas ativas e não deixar nenhum paciente desassistido.

Outra ação importante foi a de informar a população sobre HAS e DM através de organização de grupos operativos pelos integrantes da equipe, utilizando recursos interativos, dinâmicos, para chamar a atenção dos pacientes, escutar o que eles sabiam ao respeito da doença e fornecer todas as informações importantes para melhorar a adesão no tratamento. Aqui tiveram um papel muito importante as lideranças da comunidade, os quais ofereceram apoio durante toda a intervenção e se mostraram sempre com muito interesse e entusiasmo.

Em nossa UBS apesar de ser um local adaptado que não reúne as condições estruturais de unidade de saúde, sempre se aproveitou os espaços e os diferentes momentos de atendimentos para informar a população sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 20 anos e do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg, assim como oferecer informação à população sobre o funcionamento do serviço, monitoramento e garantia do seus direitos.

De forma geral, podemos aferir que a comunidade foi informada sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus e sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 20 anos, pelo menos, anualmente. Foi orientada sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg. Orientamos a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes; sobre os riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabetes; e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Por fim orientamos quanto a necessidade de realização de exames complementares e a periodicidade com que devem ser realizados; sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via, se necessário. Falamos quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e das possíveis alternativas para obter este acesso. Explicamos a importância de realizar avaliação da saúde bucal, de realização das consultas, sobre a periodicidade preconizada para a realização dessas consultas.

De forma geral podemos falar que todas as ações previstas em nosso cronograma foram desenvolvidas: a capacitação dos ACS para o acolhimento e cadastramento dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência; a capacitação da equipe sobre o protocolo de atenção às pessoas com HAS e DM; o cadastramento dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência; o atendimento clínico dos usuários alvo; a realização de buscas ativas dos faltosos; as visitas domiciliares aos idosos acamados ou com problemas de locomoção; o atendimento odontológico; as palestras educativas para promoção da saúde na comunidade; o atendimento individual para avaliação e orientações com a nutricionista; as atividades programadas com o educador físico assim como as reuniões programadas para monitoramento das ações e avaliação dos resultados da intervenção com toda a equipe.

Tudo isso foi possível porque contamos com o apoio em todo momento da Secretaria de Saúde e da Prefeitura, assim como de toda a equipe, o que serviu muito para o desenvolvimento de nosso projeto.



Figura 4: Fotografia da avaliação do trabalho da semana e almoço com a equipe.  
Fonte: Arquivo próprio

### **3.2 Ações previstas e não desenvolvidas**

Afortunadamente todas as ações previstas foram cumpridas em sua totalidade. Em alguns momentos tivemos algumas dificuldades com os aparelhos de medir pressão, a cadeira odontológica e o transporte, mas com o apoio da Secretaria de Saúde e da Prefeitura foram resolvidas no menor tempo possível, o que não dificultou o nosso trabalho. Outra dificuldade encontrada foram as férias da médica, “pausando” a intervenção na última semana.

### **3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados**

Inicialmente o preenchimento das fichas espelho foi um pouco demorado, mas com o tempo houve maior agilidade por parte dos profissionais. O fechamento das planilhas de coleta de dados e o cálculo dos indicadores foram feitos sem dificuldade alguma.

### **3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços**

Quanto à incorporação das ações previstas no projeto à rotina de trabalho do serviço podemos dizer que uma vez terminado o Curso de Especialização em Saúde da Família a intervenção ficará como rotina normal da UBS. Continuaremos com o acolhimento de todos os usuários priorizando os hipertensos, diabéticos e o seu atendimento, bem como as atividades educativas, indispensável em nosso trabalho e realizado pelos diferentes integrantes da equipe, seguindo o protocolo do Ministério da Saúde.

Também continuaremos trabalhando forte na educação em saúde bucal dos hipertensos e diabéticos, neste caso os ACS se comprometerão a melhorar os controles sobre os registros da consulta odontológica. O odontólogo se comprometeu a aumentar o número de atendimentos, para assim garantir a avaliação dos hipertensos e diabéticos, melhorando sua qualidade de vida. Já ficou implantada a aferição da pressão arterial e a realização de hemoglicoteste das pessoas com fatores de riscos para HAS e DM, conforme o protocolo, por parte das técnicas de enfermagem, após triagem pelo enfermeiro. Para isto foi solicitado à Secretaria Municipal de Saúde para que incrementem os recursos necessários para levar a cabo com sucesso esta e outras intervenções, inclusive com foco em outros grupos alvo.

## 4 Avaliação da intervenção

### 4.1 Resultados

**Objetivo 1:** Ampliar a cobertura a pessoas hipertensas e/ou diabéticas

**Meta 1.1:** Cadastrar 100% dos usuários Hipertensos da área de abrangência no programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS.

Na área adstrita da nossa UBS temos uma população alvo de 268 hipertensos e destes foram acompanhados 145 durante a intervenção, alcançando ao final uma cobertura de 45.1%. Destaca-se que a evolução desse indicador não foi boa, visto que no 1º mês o percentual foi de 14.6%, perfazendo 39 hipertensos. No 2º mês foi de 28.7%, correspondendo a 77 hipertensos e no 3º mês atingiu-se 54.1%, o que representou um total de 145 hipertensos (Figura 5).

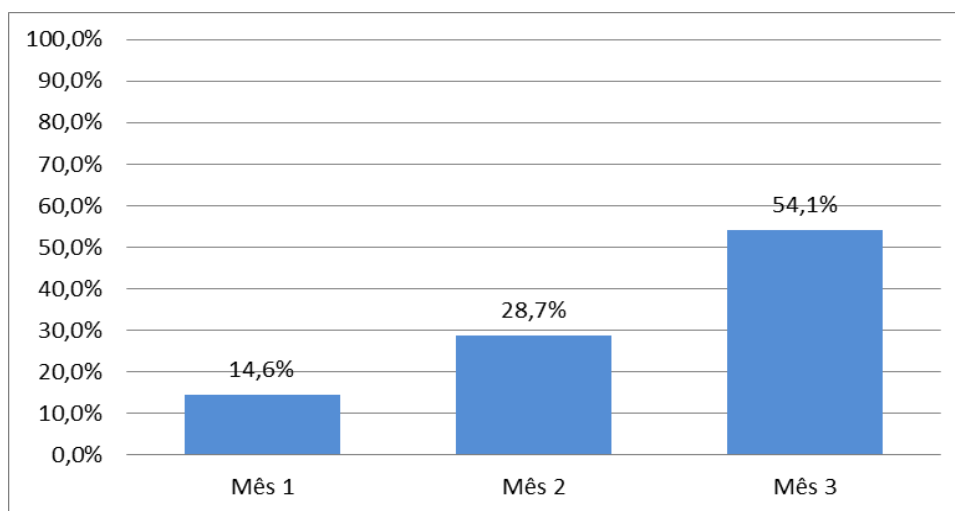


Figura 5: Gráfico indicativo da cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica na UBS.

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UBS

As ações que mais auxiliaram no aumento da cobertura do Programa de Atenção à Saúde dos Hipertensos foram: acompanhamento dos dados previamente colhidos e os registros dos usuários cadastrados; rastreamento da hipertensão em

indivíduos com mais de 20 anos; atividades com a comunidade para orientações sobre a ação programática e orientações durante as consultas clínicas de rotina para toda a população; capacitações com toda a equipe de saúde para realização de cadastramento e exame clínico.

**Meta 1.2:** Cadastrar 100% dos usuários Diabéticos da área de abrangência no programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS.

Na área adstrita da UBS temos uma população alvo de 107 diabéticos, sendo que destes foram acompanhados 42 usuários ao longo da intervenção, alcançando ao final uma cobertura de 39.3%. A evolução desse indicador foi a seguinte: no 1º mês o percentual foi de 7.5%, perfazendo oito diabéticos; no 2º mês foi de 12.1%, correspondendo à 13 diabéticos; no 3º mês atingiu-se 39.3%, o que correspondeu a um total de 42 diabéticos (Figura 6).

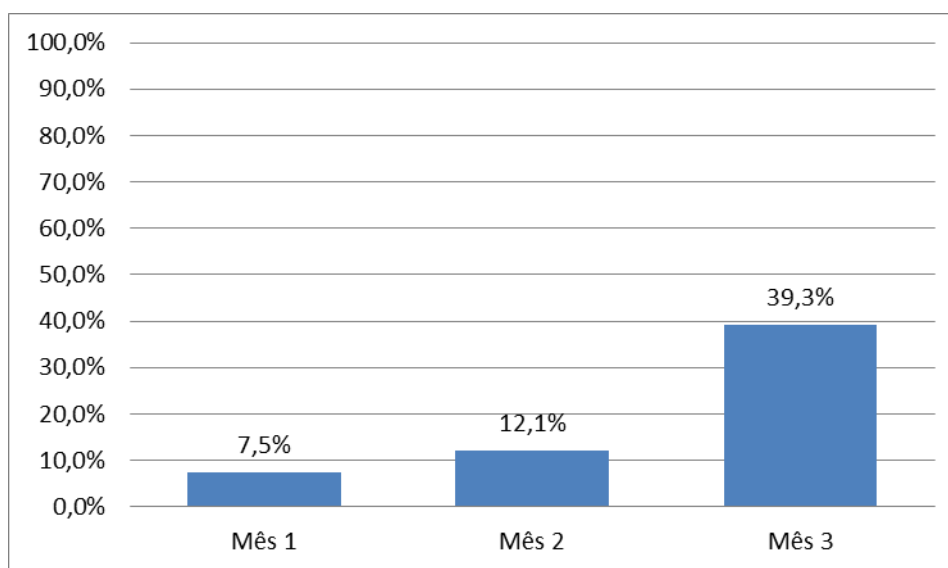


Figura 6: Gráfico indicativo da cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UBS

As ações que mais auxiliaram no aumento da cobertura do Programa de Atenção à Saúde dos Diabéticos foram o cadastramento da grande maioria da área adstrita desenvolvida pelos ACS; o rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg desenvolvido pelos profissionais da equipe; capacitações durante as reuniões com toda a equipe de saúde para realização do cadastramento e agendamento de todos os usuários.

**Objetivo 2:** Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

**Meta 2.1:** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

**Meta 2.2:** Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com diabetes.

Na intervenção foi importante a realização de exame clínico. A evolução desse indicador nos usuários com Hipertensão foi boa, onde no 1º mês foi de 100%, 39 hipertensos, no segundo mês foi de 100%, correspondendo a 77 hipertensos e no 3º mês atingiu-se 100% também, o que representou um total de 145 hipertensos com exame clínico apropriado.

Para os diabéticos tivemos no 1º mês o percentual de 100%, perfazendo oito diabéticos; no 2º mês foi de 100%, correspondendo à 13 diabéticos e no 3º mês atingiu-se 100%, com um total de 42 usuários. As principais ações que ajudaram para o desenvolvimento dos resultados para hipertensos e diabéticos foram a definição das atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos e a capacitação da equipe para a realização de exame clínico apropriado.

**Meta 2.3:** Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com diabetes a cada 03 meses (com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade).

Com relação a este indicador podemos destacar que o nosso objetivo foi cumprido em sua totalidade, pois em todos os diabéticos atendidos ao longo da intervenção foi realizado o exame dos pés (com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade). No primeiro mês atingimos oito (100%) usuários, no segundo mês 13 (100%) e finalizamos o terceiro mês com 42, o que representou 100%.

As ações que mais auxiliaram para estes resultados foram a avaliação da necessidade de exame dos pés pela médica e pelo enfermeiro, a capacitação da equipe sobre avaliação da necessidade de exame dos pés dos diabéticos e a orientação da comunidade quanto a importância da realização do mesmo.

**Meta 2.4:** Garantir a 100% das pessoas com hipertensão a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Meta 2.5:** Garantir a 100% das pessoas com diabetes a



solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

A evolução do indicador 2.4 foi a seguinte: no 1º mês o percentual de hipertensos com exame complementar em dia foi de 92,3%, perfazendo 36 hipertensos; no 2º mês foi de 96,1%, correspondendo a 74 hipertensos; no 3º mês atingiu-se 100%, o que representou um total de 145 hipertensos com exame complementar em dia. Esta meta não foi fácil de ser atingida, pois os usuários precisam agendar os exames todas as segundas-feiras ou fazer nas clínicas particulares, sendo que nem todos possuem condições financeiras para isso (Figura 7).

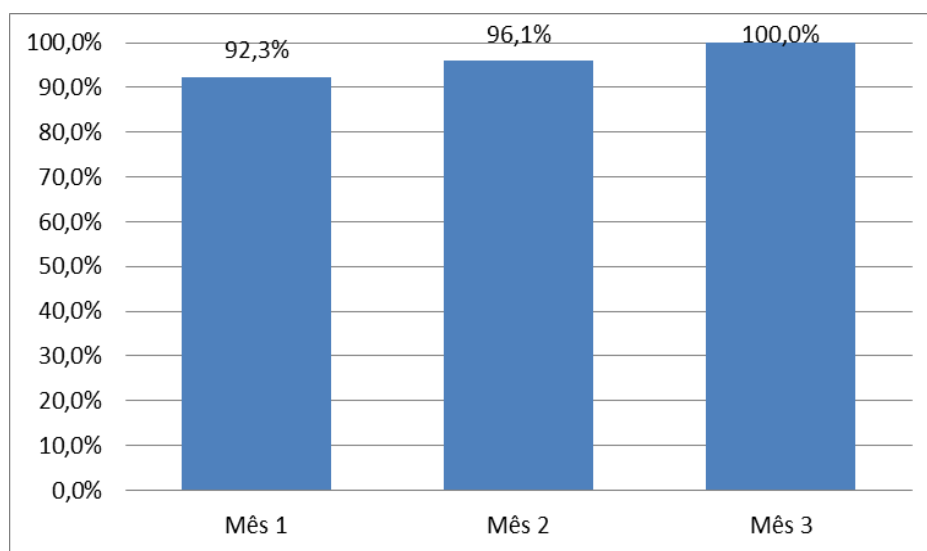


Figura 7: Gráfico indicativo da proporção de Hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UBS

Para os diabéticos, a evolução deste indicador foi no 1º mês de 100%, perfazendo 8 diabéticos; no 2º mês de 100%, correspondendo à 13 diabéticos e no 3º mês atingiu 100%, o que correspondeu a um total de 42 diabéticos (100%) com exames complementares em dia. Nesse caso, foi mais tranquilo de atingir a meta porque o número de usuários é muito menor e foi mais fácil para a equipe o convencimento de sua importância.

Tanto para hipertensos, quanto para diabéticos, as principais ações que auxiliaram foram a capacitação da equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares e a orientação dos usuários e da comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados estes exames.

**Meta 2.6:** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na UBS.

**Meta 2.7:** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com diabetes cadastradas na UBS.

Com relação a este indicador temos no mês 1 um percentual de 97.4%, dos hipertensos com prescrição de medicamentos da farmácia popular, perfazendo um total de 38 usuários; no 2º mês foi de 98.7%, correspondendo à 76 hipertensos e no 3º mês manteve-se os 100% (145 usuários hipertensos) (Figura 8).

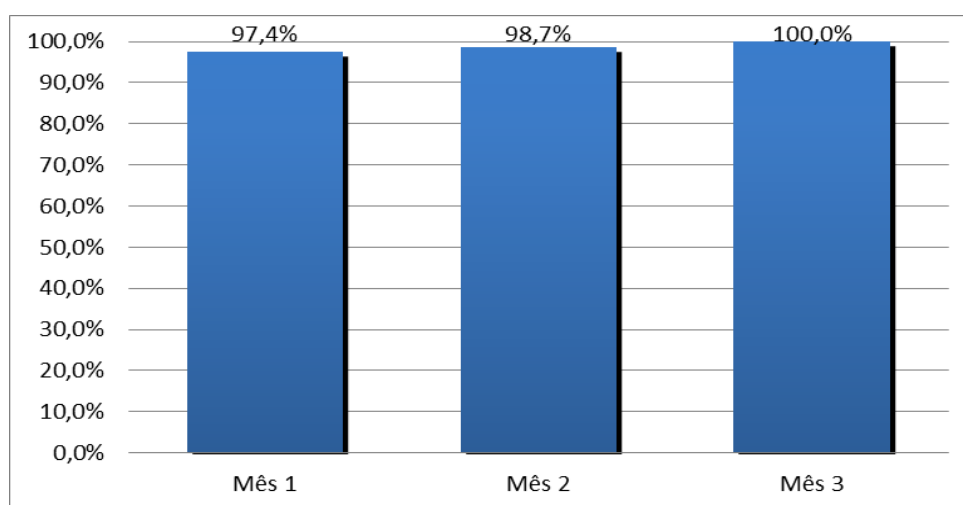


Figura 8: Gráfico indicativo da proporção de Hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UBS

Para os diabéticos tivemos no 1º mês o percentual de 100% (08 diabéticos), no 2º mês 100% (13 diabéticos) e no 3º mês manteve-se em 100%, representando um total de 42 usuários diabéticos com prescrição de medicamentos da farmácia popular.

Dentro das ações que mais auxiliaram a prescrição de medicamentos da farmácia popular para hipertensos e diabéticos cadastrados na UBS estão a prescrição preferencial de medicamentos incluídos na Farmácia Popular/HIPERDIA, o registro adequado do tratamento no prontuário e na ficha espelho, o controle de estoque, incluindo validade, de medicamentos, mantendo um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde. Ainda, a atualização dos profissionais no tratamento da HAS e da DM e a orientação aos usuários sobre os medicamentos da Farmácia Popular e possíveis alternativas para obter este acesso.

**Meta 2.8:** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com hipertensão.

**Meta 2.9:** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com diabetes.

A evolução deste indicador foi boa, visto que no 1º mês o percentual de hipertensos avaliados para a necessidade de atendimento odontológico foi de 100%, perfazendo 39 hipertensos; no 2º mês também 100%, correspondendo a 77 e no 3º mês atingiu 100%, representando um total de 145 hipertensos. Para os usuários com DM foram os mesmos resultados percentuais, atingindo 100% nos três meses (no primeiro mês oito usuários, no segundo mês 13 e no terceiro mês 42). Mesmo diante das dificuldades que apresentamos com a cadeira de odontologia, conseguimos fazer com que 100% dos usuários hipertensos e diabéticos fossem atendidos.

As ações que mais auxiliaram para estes resultados foram a avaliação da necessidade de atendimento odontológico realizada pelo odontólogo e pela assistente de saúde bucal, o registro específico na ficha-espelho dos usuários, a capacitação da equipe sobre avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos e a orientação da comunidade quanto a importância de realizar avaliação da saúde bucal.

**Objetivo 3:** Melhorar a adesão de pessoas com hipertensão e/ou diabetes

**Meta 3.1:** Buscar 100% das pessoas com hipertensão faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

**Meta 3.2:** Buscar 100% das pessoas com diabetes faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

No caso da meta 3.1 alcançamos e mantivemos um percentual de 100% ao longo dos três meses de intervenção, tendo no 1º mês um hipertenso faltoso buscado pela equipe; no 2º e 3º mês não tivemos usuários faltosos.

Em relação aos usuários com Diabetes Mellitus temos que dizer que não tivemos ao longo dos três meses nenhum usuário faltoso o que representa um grande sucesso para a equipe.

As principais ações que contribuíram para estes resultados foram: identificação do atraso nas consultas pelo monitoramento da periodicidade ou pela identificação no registro próprio dos ACS, organização das visitas domiciliares para buscar os faltosos, organização da agenda para acolher os hipertensos e diabéticos

provenientes das buscas domiciliares, disposição de horários disponíveis para atendimento clínico ou acolhimento, capacitação das agentes de saúde para a orientação de hipertensos quanto à realização as consultas e sua periodicidade.

**Objetivo 4:** Melhorar o registro das informações.

**Meta 4.1:** Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com hipertensão.

**Meta 4.2:** Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com diabetes.

O indicador referente aos registros dos usuários do grupo alvo da intervenção se comportou da seguinte forma: no 1º mês atingimos o percentual de 100% dos hipertensos registrados adequadamente na UBS, perfazendo 39 usuários; no 2º mês 100%, correspondendo a 77 hipertensos e no 3º mês mantivemos os 100%, representando 145 hipertensos registrados.

Considerando os registros dos diabéticos tivemos no 1º mês o percentual de 100% dos usuários registrados, perfazendo oito diabéticos; no 2º mês 100%, correspondendo à 13 diabéticos e no 3º mês também 100%, perfazendo 42 diabéticos.

Dentro das ações que auxiliaram na obtenção destes bons resultados está a implantação e avaliação da qualidade dos registros específicos de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde; a orientação durante as consultas clínicas e grupos de educação em saúde; orientação sobre os direitos dos usuários e da comunidade em relação à manutenção dos seus registros de saúde e acesso a segunda via, se necessário. Por fim, a capacitação da equipe de saúde no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento dos usuários alvo.

**Objetivo 5:** Mapear o risco para doença cardiovascular das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

**Meta 5.1:** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com hipertensão.

**Meta 5.2:** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com diabetes.

Para a meta de realização da estratificação de risco cardiovascular

alcançamos no 1º mês o percentual de 100% dos hipertensos, perfazendo 39 usuários; no 2º mês 100%, correspondendo a 77 hipertensos e no 3º mês atingiu-se 100%, perfazendo em total de 145 hipertensos. Em relação aos diabéticos atingimos no 1º mês o percentual de 100%, perfazendo oito diabéticos; no 2º e 3º mês mantivemos os 100%, correspondendo a 13 e 42 diabéticos, respectivamente.

As principais ações que ajudaram no desenvolvimento deste indicador foram a garantia de um horário prioritário na agenda para atendimento clínico dos usuários de alto risco; a capacitação da equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo; o registro das ações, principalmente da estratificação de risco; orientação dos usuários e da comunidade quanto ao seu nível de risco e sobre a importância do acompanhamento regular e adequado controle de fatores de risco modificáveis durante as consultas clínicas e grupos de educação em saúde.

Achamos que é muito importante manter essas ações na unidade básica de saúde, porque representam a garantia de acompanhamento com qualidade para os usuários, além de oferecer a possibilidade de prevenir muitas complicações da doença.

#### **Objetivo 6.** Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

**Meta 6.1:** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

**Meta 6.2:** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

**Meta 6.3.** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

**Meta 6.4.** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

**Meta 6.5.** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

**Meta 6.6.** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

**Meta 6.7:** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos cadastrados.

**Meta 6.8:** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários

diabéticos cadastrados.

Em relação aos hipertensos, 100% receberam orientação nutricional para uma alimentação saudável, orientação para a prática de atividade física regular, para os riscos do tabagismo e para a importância da higiene e saúde bucal, ao longo dos três meses de intervenção, sendo 39, 77 e 145 usuários hipertensos, respectivamente. Considerando os diabéticos também mantivemos 100% de orientações para a promoção da saúde em relação à orientação nutricional para uma alimentação saudável, para a prática de atividade física regular, para os riscos de tabagismo e para a importância da higiene e saúde bucal. Assim, foram oito, 13 e 42 diabéticos no primeiro, segundo e terceiro mês de intervenção.

As ações que mais auxiliaram nestes resultados foram a orientação nutricional sobre alimentação saudável para os usuários hipertensos e diabéticos durante as consultas clínicas e grupos de educação em saúde; a organização das práticas coletivas sobre alimentação saudável; a capacitação da equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável e sobre metodologias de educação em saúde. Manter essas ações torna-se indispensável para a população, porém é necessário estabelecer junto ao gestor em saúde, parcerias institucionais para envolver nutricionistas e educadores físicos neste trabalho, garantindo maior qualidade. Os profissionais do NASF auxiliaram muito bem nas ações programáticas, tanto a nutricionista como o psicólogo participaram dando apoio, fazendo palestras educativas, enfim, tiveram uma participação ativa e produtiva.

Em resumo, posso argumentar que durante os três meses de intervenção nossa equipe de saúde cadastrou um total de 145 hipertensos e 42 diabéticos, cumprindo a maioria das metas de qualidade previstas no início da intervenção. Estou satisfeita com os resultados finais, pois, mesmo não conseguindo atingir 100% nas metas de cobertura, tenho certeza que a qualidade da assistência foi ampliada e isso está refletido nos resultados alcançados nos indicadores de qualidade. Acho que a minha equipe se comportou a altura.

## **4.2 Discussão**

A intervenção na UBS Isidório Pereira propiciou a melhoria dos registros e a qualificação da atenção oferecida aos usuários, com destaque para a ampliação dos

exames clínicos, para a avaliação do risco de ambos grupos e para a orientação quanto a promoção da saúde.

Antes do início da intervenção as atividades de atenção a Hipertensão e Diabetes eram concentradas na médica e no enfermeiro. A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao Programa de Atenção aos usuários com HAS e DM. Esta atividade promoveu o trabalho integrado de todos os membros da equipe, destacando-se o empenho do enfermeiro, dos agentes comunitários de saúde, da equipe odontológica e da médica da Unidade, além do pessoal da recepção.

O projeto acabou tendo impacto também em outras atividades no serviço, que contribuíram para o desenvolvimento com qualidade da atenção. A intervenção propiciou que fossem revistas as atribuições de cada membro da equipe garantindo a atenção a um maior número de pessoas. A melhoria do registro e os agendamentos dos Hipertensos e Diabéticos permitiu uma melhor organização das demais ações programáticas, porém ainda temos uma demanda espontânea um tanto elevada e estamos discutindo com a equipe formas de organizar os outros grupos a fim de diminuir estes números. Uma vez realizada a classificação de risco de nossa população alvo foi priorizado o atendimento aos usuários hipertensos e diabéticos. A equipe toda percebeu a diferença antes e após a intervenção e ficaram muito satisfeitos pelo trabalho realizado durante a intervenção.

A comunidade ainda não consegue perceber o impacto da intervenção como desejamos, mas como a mesma fica integrada na rotina diária da unidade, a população irá percebendo as mudanças que estão e estarão aparecendo a cada dia. Uma parte da população tem conhecimentos sobre a existência do Programa de Atenção ao hipertenso e diabético e a importância deste programa, os usuários atendidos durante a intervenção e seus familiares estão muito satisfeitos com o acolhimento e atendimento realizado pelos membros da equipe, com prioridade nos atendimentos e com a realização de exames periodicamente. Eles têm conhecimento dos objetivos da intervenção e conhecem neste momento os motivos da prioridade dada a esta população alvo, sendo que não deixamos de atender nenhum outro grupo.

Todavia, caso fosse iniciar a realização da intervenção neste momento, teria feito uma análise situacional mais detalhada do estado de saúde da comunidade, antes de começar o projeto, pois a mesma poderia ter sido facilitada se toda a

equipe tivesse participado deste processo e tivesse auxiliado na identificação dos principais problemas, assim como as facilidades e dificuldades para enfrentar a intervenção. Também informaria mais detalhadamente a comunidade com respeito ao desenvolvimento da intervenção para assim discutir a melhor maneira de implementá-la. Acho que se o tempo da intervenção tivesse sido maior teríamos atingido todas as metas, porém como já fica incorporada na rotina do serviço acredito que teremos condições de superar as dificuldades para alcançar 100% em todos os indicadores.

Para conseguir atingir as metas propostas e que não foram alcançadas pensamos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação à necessidade da atenção aos usuários com hipertensão e diabetes. Além disso, continuaremos monitorando todas as ações. A partir do desenvolvimento deste projeto pretendemos investir na ampliação da cobertura das demais ações programáticas que se desenvolvem em nossa UBS, tais como ações programáticas na mulher, prevenção de câncer ginecológico e de mamas, planejamento familiar e acompanhamento pré-natal.



## **5 Relatório da intervenção para gestores**

Prezada Gestora Municipal de Saúde,

No período de setembro a dezembro de 2015 desenvolvemos na Unidade Básica de Saúde Isidório Pereira uma intervenção junto ao programa de Atenção aos Usuários Hipertensos e/ou Diabéticos. Assim, este relatório tem o objetivo de trazer ao conhecimento de Vossa Senhoria um resumo das ações desenvolvidas durante o período e dos resultados alcançados pela intervenção, tendo em vista a qualificação da atenção prestada aos hipertensos e diabéticos acompanhados pela unidade.

A referida intervenção teve como motivação um levantamento prévio das principais necessidades do serviço de saúde e, verificamos que possuíamos um número considerável de usuários hipertensos e diabéticos, o que aumentava a morbimortalidade em nossa área. Por este motivo a equipe sentiu a necessidade de realizar um trabalho que ajudasse a solucionar este problema ou pelo menos diminuir. Assim, para a realização da intervenção, inicialmente construímos um projeto propondo objetivos, metas e ações a serem alcançadas no período de 12 semanas.

Durante este período, a grande maioria das ações previstas no projeto foi desenvolvida, o que possibilitou a obtenção de excelentes resultados, principalmente aqueles relacionados à qualidade da assistência ofertada: ao final da intervenção 54.1% dos hipertensos e 39.3% dos diabéticos da área foram cadastrados e tiveram seus registros atualizados, assim, 145 hipertensos e 42 diabéticos do nosso território estão sendo, devidamente, acompanhados; realizamos exame clínico apropriado em todos estes usuários; todos foram avaliados quanto à necessidade de atendimento odontológico e quanto ao risco para doença cardiovascular; garantimos

que 100% destes usuários tivessem acesso gratuito aos medicamentos para o controle da sua doença e, ainda, foram orientados sobre assuntos de saúde bucal, alimentação adequada e hábitos saudáveis.

As ações foram realizadas pela equipe de saúde da UBS e também recebemos apoio dos profissionais do NASF. Assim, foi possível oferecer uma assistência de qualidade, com a realização da consulta médica bem detalhada, foram realizadas visitas domiciliares, busca ativa de faltosos às consultas programadas, tudo isso sempre promovendo a saúde e tentando evitar complicações futuras.

Dentre os aspectos dependentes da gestão que foram importantes para viabilizar e/ou melhorar a intervenção realizada encontram-se o apoio logístico dos recursos materiais utilizados (fichas espelho, esfigmomanômetros, manguitos, fita métrica, glicosímetro), bem como a impressão de fichas e materiais necessários para o registro das informações e informativos para serem distribuídos aos usuários.

Assim, esperamos continuar contando com o apoio da gestão municipal para darmos seguimento ao desenvolvendo das ações na unidade de saúde que, sem dúvida, irão refletir em bons resultados para a população de Baixa Grande do Ribeiro.

Agradecemos pelo incentivo recebido e desde já colocamo-nos à disposição para qualquer esclarecimento.

## **6 Relatório da Intervenção para a comunidade**

Cara Comunidade:

Durante um período de 12 semanas, entre os meses de setembro a dezembro de 2015, nesta UBS Isidorio Pereira, foi executado um projeto de intervenção com o objetivo de melhorar a qualidade da assistência aos hipertensos e/ou diabéticos dessa comunidade. É importante vocês saberem que esta unidade de saúde é responsável por um total de mais de 1879 pessoas e, durante nossa intervenção, atendemos um total de 145 hipertensos e 42 diabéticos.

Com a realização do trabalho na comunidade observamos que a qualidade de vida dos usuários diabéticos e hipertensos melhorou, pois receberam uma atenção de qualidade que incluía avaliação clínica geral com estratificação de risco cardiovascular, atualização dos prontuários, avaliação odontológica, realização de exames complementares e orientação sobre alimentação saudável, prática regular de atividade física, riscos do fumo, higiene bucal e outros temas sobre saúde e estilo de vida saudável.

A comunidade de forma geral recebeu informações sobre a existência do programa de assistência às pessoas com Hipertensão e Diabetes nesta unidade de saúde, além de outros conhecimentos importantes para o cuidado da saúde na prevenção destas doenças e sobre a diminuição dos fatores de risco para adquirir as mesmas, e as medidas a serem cumpridas para evitar as principais complicações destas doenças, benefícios que seguiram aumentando devido à incorporação da intervenção na rotina de atendimento do posto.

Realizamos muitas atividades em conjunto com toda a equipe da UBS e tivemos muito apoio do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) e aproveitamos aqui para agradecer-los pelo apoio dado. Assim, para melhorar a assistência dada aos hipertensos e diabéticos, realizamos visitas domiciliares, busca ativa dos

usuários faltosos às consultas agendadas, exames clínicos e odontológicos adequados.

Tivemos muitos resultados positivos ao final deste período de intervenção: muitos hipertensos e diabéticos da área foram cadastrados no programa e estão sendo, devidamente, acompanhados; garantimos que todos os usuários tenham acesso gratuito aos medicamentos para o controle da sua doença; avaliamos todos os hipertensos e diabéticos para a necessidade de atendimento odontológico e aqueles que tinham algum problema foram encaminhados para atendimento com o dentista.

Graças ao apoio de vocês, conseguimos superar cada obstáculo que surgiu e hoje estamos colhendo os resultados, pois a maioria das ações desenvolvidas durante a intervenção, já fazem parte da rotina do serviço e todos podem contar com um serviço de qualidade.

Queríamos que soubessem que, mesmo a intervenção chegando ao fim, o trabalho continua e o nosso objetivo maior é que não só os hipertensos e diabéticos recebam uma assistência de qualidade, mas toda a população da área deve ser bem tratada e cuidada. E, para que continuemos desempenhando um bom trabalho, é importante que vocês continuem comparecendo às consultas, seguindo as nossas orientações e contamos com o apoio de cada um para divulgarem para seus vizinhos e familiares sobre as atividades oferecidas pela UBS, pois precisamos fazer com que todos os hipertensos e diabéticos da área estejam cadastrados e acompanhados pela equipe desta unidade de saúde.

## **7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem**

No início do curso as minhas expectativas em relação a esta especialização eram conhecer um pouco mais sobre a Atenção Primária à Saúde para que eu pudesse cumprir com seus objetivos tanto na UBS, quanto nos domicílios das pessoas, nas comunidades, pois isso iria permitir que eu oferecesse um atendimento de qualidade. Ao final deste curso, percebi que o mesmo teve um significado muito importante para minha prática profissional, já que através do curso de Especialização em Saúde da Família tive a oportunidade de investigar e estudar muitos temas em saúde e levar a teoria para minha prática profissional. Inclusive, a intervenção no serviço contribuiu para aumentar os meus conhecimentos e para melhorar a atenção à saúde no Brasil.

Foi muito bom conhecer e desenvolver os princípios e diretrizes do SUS e as atribuições de cada membro da equipe, o que favoreceu mudanças no processo de trabalho, propiciando maior vínculo entre usuários e profissionais. Considero como aprendizado mais relevante o Engajamento Público na consolidação do SUS, conhecimento fundamental devido às ações que fortalecem o Controle Social como a apropriação pela população da política de saúde pública em termos de participação nas escolhas e decisões, o controle do planejamento e execução das ações de saúde e a responsabilização pela própria saúde individual e também pela saúde coletiva em seu sentido mais amplo.

Outro importante assunto aprendido durante esta especialização foi o acolhimento, muito importante para a atenção dos usuários. Todo trabalhador da unidade deve ficar aberto para perceber as peculiaridades de cada situação que se apresenta, buscando agenciar os tipos de recursos e tecnologias que ajudam a aliviar o sofrimento, melhorar e prolongar a vida, evitar ou reduzir danos, construir a

autonomia, melhorar as condições de vida e outras situações onde podemos planejar ações e organizar o processo de trabalho.

Graças a este curso conheci os protocolos disponibilizados pelo MS relativos à atenção das ações programáticas mais comuns, facilitando a sistematização dos conhecimentos e levando a um caminho organizado em conjunto com todos os membros da equipe.

Enfim, tendo em conta as minhas expectativas iniciais, o curso conseguiu fazer com que eu atingisse os meus objetivos me tornando uma profissional mais preparada.

## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. 160 p.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 128 p.

IBGE. **Censo demográfico 2010**. Brasil, 2010. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=220115&search=||infogr%E1ficos:-informa%E7%F5es-completas>>. Acesso em: 13 fev. 2016.

## **Anexos**



**Anexo A - Documento do comitê de ética**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
FACULDADE DE MEDICINA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

---

OF. 15/12  
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr<sup>a</sup>  
Pro<sup>fa</sup> Ana Cláudia Gestal Fassa

*Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde*

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

*Patricia Abrantes Duval*  
Patricia Abrantes Duval  
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

## Anexo B - Planilha de coleta de dados

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U
1	<b>Indicadores Pessoas com Hipertensão e/ou Diabetes - Mês 1</b>																				
2	Dados para Colet	Número do usuário	Nome do usuário	Idade do usuário	O usuário tem hipertensão?	O usuário tem diabetes?	O usuário está com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo?	O usuário com diabetes está com exame dos pés em dia?	O usuário está com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo?	O usuário necessita tomar medicamentos?	Todos os medicamentos prescritos são da Farmácia Popular/ Hiperdia?	O usuário foi avaliado quanto à necessidade de atendimento odontológico?	O usuário está faltoso às consultas de acordo com o protocolo?	Foi realizada busca ativa para o usuário com consultas em atraso?	O usuário está com registro adequado na ficha de acompanhamento?	A estratificação de risco cardiovascular por exame clínico está em	O usuário recebeu orientação nutricional?	O usuário recebeu orientação sobre prática regular de atividade	O usuário recebeu orientação sobre os riscos do tabagismo?	O usuário recebeu orientação sobre higiene bucal?	
3	Orientações de preenchimento	de 1 até o total de usuários cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	
4																					
5																					
6																					
7																					
8																					
9																					
10																					
11																					
12																					
13																					
14																					
15																					
16																					
17																					
18																					
19																					
20																					
21																					
22																					
23																					
24																					
25																					
26																					
27																					
28																					
29																					
30																					
31																					
32																					
33																					

Apresentação / Orientações / Dados da UBS / **Mês 1** / Mês 2 / Mês 3 / Indicadores

Pronto



## **Anexo D - Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias**

Eu, (Escreva seu nome aqui), (coloque sua profissão e número do conselho função aqui) e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

Assumo os seguintes compromissos com a pessoa que autorizar a utilização de sua imagem:

1. Não obter vantagem financeira com as fotos e vídeo;
2. Não divulgar imagem em que apareça em situação constrangedora;
3. Não prejudicar e/ou perseguir nenhuma das pessoas que não autorizar o uso das fotos;
4. Destruir as fotos e/ou vídeo no momento que a pessoa desejar não fazer mais parte do banco de dados;
5. Em caso de fotos e/ou vídeo constrangedor, mas fundamental em estudos, preservar a identidade das pessoas envolvidas;
6. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

\_\_\_\_\_  
Nome

Contato:

Telefone: ( )

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, \_\_\_\_\_,

Documento \_\_\_\_\_ declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que vise melhorar a qualidade de assistência de saúde à comunidade.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do declarante